

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA, UN PROBLEMA NO
RESUELTO. BASES PARA UN ESTUDIO SOBRE LA
RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE

Trabajo Fin de Máster presentado por

Eva M^a Martín Lupión

Dirección: Consuelo Miqueo, Profesora Titular de Historia de la Ciencia

**Máster de Investigación en Ciencias de la Enfermería.
Universidad de Zaragoza
Junio de 2013**

RESUMEN:

El objetivo del estudio es analizar la relación terapéutica desde una perspectiva multidisciplinar y descubrir los presupuestos básicos y fundamentales que proporcionan un manual académico, cinco monografías de amplio uso y una guía práctica, realizando un típico análisis de texto/discurso. El *corpus* lo conforman: *Sobre el problema de la empatía* de Edith Stein (1916), *El médico y el enfermo* de Pedro Laín Entralgo (1969), *El encuentro con el enfermo* de Marie-Claire Célérier (1999), *El médico como persona en la relación médico-paciente* de Rosa Gómez Esteban (2002), *Dos para saber, dos para curar* del colectivo Hipatia (2004), *Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica* de Gail W. Stuart (2006) y *El arte de entender al paciente* de Carlos Pardo Huerta (2007). Tras presentar las características peculiares de cada una de las obras-fuente que justifican su elección, y explicar el contexto de producción de esos discursos, se describe el juego de interacciones conceptuales halladas. Se analizan las siguientes categorías analíticas: comunicación, empatía, singularidad, dolor, medicalización, MBE: carencias, profesionales de la salud: formación y cualidades, relación terapéutica, expectativas del enfermo, curación, dualismo psicosomático, historia de la relación terapéutica, enfermedad, escucha activa, lenguaje no verbal, modelo maternal de relación terapéutica. El estudio se completa con el perfil general de la literatura producida en España sobre relación terapéutica en las últimas décadas.

Palabras clave: Relación terapéutica, enfermería, empatía, relación médico-enfermo

INDICE

I.	Introducción	4
II	Metodología	10
III	Análisis de las fuentes, características del “corpus”	13
IV.	Análisis conceptual de los problemas tratados	22
V.	Literatura de investigación sobre relación terapéutica	51
VI.	Conclusiones	54
VII.	Anexos	56

I. INTRODUCCIÓN

La relación terapéutica, la que se establece de forma continua entre los profesionales sanitarios y el paciente, es fundamental para la realización de un buen diagnóstico. También para que exista adherencia al tratamiento y, por tanto, para la curación o mejoría de la enfermedad. Durante nuestra práctica clínica nos introducimos en una espiral de actividad y preocupación pudiendo ocurrir, como afirmaba Cristina Cometti, que no lleguemos a disfrutar del placer del encuentro¹.

Relacionarse es más que comunicar. Es la puesta en marcha de mecanismos que se activan por medio de deseos, miedos, expectativas, ya que en torno a cada persona existen facetas que determinan la forma en la que ésta se relaciona. Cuando esta relación se establece de forma adecuada podemos detectar las necesidades presentes en el paciente y, al mismo tiempo, identificar qué podemos hacer nosotras al respecto. Porque cada relación es un acontecimiento singular que dirige el camino hacia la curación en la relación terapéutica y porque considero que justificarse en un exceso de trabajo, de pacientes, de protocolos informáticos, para alegar la falta de existencia de dicha relación en nuestro trabajo sanitario, no significa -como alude Raffaella Molena en “Trampas y jaulas de una paciente” que exista un exceso de cientificidad sino que se trata de un defecto de ésta. “Poner en el centro de la atención sanitaria la relación terapéutica no significa añadir humanismo a la medicina, sino cientificidad”, como subraya Consuelo Miqueo².

Puesto que el conocimiento de la experiencia de enfermar que nos trae el paciente implica preguntarse por otra persona, conocer una personalidad ajena, eso exige en la práctica asistencial cotidiana un conocimiento de sí, propio una “escucha activa” del paciente. En este sentido, parece recomendable que ese encuentro no se llame -ni sea-

¹ Martín Lupión, Eva. Trabajo académico realizado en la asignatura Filosofía e Historia de la Medicina. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería, mayo de 2012, Universidad de Zaragoza. Reseña de Gómez Esteban, R. “El médico como persona en la relación médico-paciente”. Editorial Fundamentos. Madrid (2002).

² Molena, Raffaella. Trampas y jaulas de una paciente. En: VV. AA. Hipatia. *Dos para saber, dos para curar*. Madrid: Horas y Horas, 2004, 105-116. Miqueo, Consuelo.; Murria, M^a. Jesús. Una apuesta por la relación. Traducir Dos para saber, dos para curar. En: Tomás, Concepción.; Tejero, Cruz.; Miqueo, Consuelo. (eds.); *Diálogos interrumpidos. Investigación en salud y práctica asistencial*. Zaragoza, SIEM, 2006, pp. 53-67.

un “acto” sino una “sesión”, al modo que otras disciplinas humanísticas lo denominan por fundamentarse en este tipo de escucha especialmente si es psicoterapéutica.

La consideración social del enfermo influye decisivamente en su relación con el médico. Existen pueblos primitivos que expulsaban a los enfermos abandonándolos en las peores condiciones, considerando la enfermedad como castigo divino, pudiendo ser rechazados también por su deformidad, contraria al patrón social de la belleza del cuerpo, como sucedía en la Grecia Clásica donde eran eliminadas las personas tullidas y/o desfiguradas. Estas valoraciones negativas se mantienen en un mayor o menor grado en las sociedades desarrolladas actuales, en las que se marginan, en cierta medida, a las personas minusválidas y a los enfermos crónicos irreversibles y se siguen asociando las situaciones de drogodependencia y las enfermedades venéreas con el pecado. Por todo ello, el significado que adquiere la relación terapéutica, viene dada por el concepto que se tenga del propio enfermo y, a su vez, de éste hacia el sanitario. “Para el darwinismo social, los enfermos son perdedores equiparables a los débiles y fracasados; para el economicismo, miembros inútiles y gravosos para la sociedad”³. En las sociedades escandinavas con educación y asistencia sanitaria muy avanzadas, se ha formulado el derecho del enfermo a decidir libremente superando la relación médico-enfermo que Grecia denominaba “tutelar”⁴.

El médico clásico conducido por su propia experiencia, supo valorar la eficacia terapéutica que en el enfermo producía la comunicación verbal⁵. En cambio, en vez de ir evolucionando existe un marcado retraso al respecto. Podemos observar cómo avanza la técnica pero con ella no se observa progreso en cuanto a la relación terapéutica. Lo que comentaba Laín Entralgo en el año 1969 se contradice con lo que indica Umberto Galimberti- citado por el colectivo Hipatia en el año 2004- cuando habla de la “insuperable incomunicación entre médico y paciente”. “El médico ve la vida desde el perfil orgánico y el paciente desde lo que siente; ésto, por muchos libros que se

³ López Piñero, J.Mª; Luz Terrada, Mª; Introducción a la medicina. Barcelona: Crítica, 2000, 295 págs.

⁴ *Idem.*

⁵ Laín Entralgo, P. El médico y el enfermo. 1969. p. 94.

escriban, convierte a la comunicación en un imposible”⁶. Resulta irónica la insistencia sobre el “consentimiento informado eludiendo el derecho primario a la asistencia”⁷.

La relación terapéutica se ha ido ajustando siempre a un modelo paternalista. A lo largo de los años, este modelo ha comenzado a hacerse más autonomista. “El paternalismo médico ha sido definido como la tendencia a beneficiar y evitar daños a un paciente, atendiendo a los criterios y valores del médico antes que a los deseos u opciones del enfermo competente”⁸. Este modelo paternalista, no siempre consideraba necesaria la información al enfermo. El médico era pues quien decidía, desde una cierta posición de superioridad intelectual y moral. Mientras que el reconocimiento de la autonomía de los pacientes obliga a establecer relaciones más igualitarias⁹. En el modelo paternalista el enfermo tiene que mostrar confianza y obediencia en el médico, manifestando éste autoridad. En cuanto al modelo autonomista el paciente necesita percibir que sus derechos son respetados y tener tanto información como autonomía, para decidir sobre su estado de salud¹⁰.

Los cambios científicos que se produjeron en el siglo XIX, tuvieron gran repercusión sobre la relación médico-paciente (mentalidad anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica). Esta nueva medicina “conllevó también una cosificación del enfermo y un distanciamiento emocional por parte del médico”. El médico era el eje central del sistema tradicional. En la actualidad, es el paciente en el que se centra la asistencia sanitaria¹¹. Yo considero que en la práctica no es así, que la asistencia sanitaria no se centra todo lo que debiera en el paciente, de aquí, mi motivación por este trabajo.

La historia del pensamiento humano, siempre ha contemplado dicotomías: bien-mal; platónico-aristotélico; espíritu-materia; cuerpo-mente. En la historia de la medicina, también podemos encontrar dicotomías en lo que respecta al hombre enfermo. Es conocida la visión hipocrática y la galénica. En la visión hipocrática, el hombre era el objeto de estudio en su totalidad. Para Hipócrates: “Curar algunas veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre”. En la visión galénica, la enfermedad aparece como un

⁶ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. Pág. 24-25.

⁷ López Piñero, J.M^a; Luz Terrada, M^a; Introducción a la medicina. Barcelona: Crítica, 2000, 295 págs. p. 124-125.

⁸ Sánchez González, M.A. Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, 1998, 592 págs. p. 4-5.

⁹ *Ibid.* p. 5.

¹⁰ Sánchez González, M.A. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona: Masson, 1998, p. 5.

¹¹ *Ibid.* p. 157.

fenómeno autónomo de afectación corporal y con una terapéutica concreta. Cuando se impuso la visión galénica, condujo al desarrollo de la medicina moderna, dejando atrás el modelo cosmogónico, universal y ecológico de la antigüedad. Esta visión galénica, hizo que viajáramos desde el ser humano como totalidad, “al órgano, a la célula y a sus componentes bioquímicos, lo que ha dado lugar a una falsa dicotomía entre lo físico y lo psíquico”¹². El enfoque psicosomático no está teniendo el éxito que se esperaba. “La actitud psicosomática no ha calado el quehacer médico y la Medicina Psicosomática se ha convertido en una suerte de especialidad, que ha creado incluso su propia nosología y caído en el vértigo de la parcelación y la especialización”¹³. Pero se nos olvida que cualquier proceso patológico es psicosomático. Por lo tanto, lo que ésto requiere es un enfoque que contemple la totalidad del individuo. Y ésto se consigue situando como medida o eje la relación terapéutica.

La relación terapéutica, adoptada de forma adecuada, corrige las desviaciones que pueden conducir a recomendaciones terapéuticas erróneas (paciente que no pregunta dudas, falta de adherencia al tratamiento, etc.). Ésta última junto con su equipo, ha sabido reflejar muy bien cómo nos encontramos con un sistema que se preocupa más por atender a las propias enfermedades, en detrimento de los propios enfermos. Enfermedades encasilladas en códigos y protocolos, olvidados de lo más esencial: la persona como sujeto único, singular, con su experiencia propia que orienta el camino hacia el diagnóstico. Es costumbre a nivel didáctico anular el componente afectivo de la relación terapéutica, con la idea equivocada de que si no es así, se altera la capacidad de decisión por parte del profesional.

La relación médico-enfermo ha sido, es y será siempre una cuestión de suma importancia, que durante la práctica profesional cotidiana suele pasar desapercibida pero, además, la asistencia al enfermo hoy tiene como protagonista el “equipo”; así lo requiere la complejidad técnica de la medicina actual. Esa asistencia ha de realizarse necesariamente en una “serie de actos médicos” –diagnósticos unos, terapéuticos otros-, en los cuáles uno de los miembros del equipo, sea internista, cirujano, fisioterapeuta o psicoterapeuta, se pone en relación personal y directa con el paciente. Lo cual quiere

¹² Barbado Alonso, J.A. Azpiri Díaz, J.J. Aspectos históricos-antropológicos de la relación médico-paciente. 2005, 31-70.

¹³ Idem.

decir que la medicina en equipo, no ha hecho desaparecer una realidad tan vieja como la medicina misma: que la asistencia técnica al enfermo es, en definitiva, “ayuda de un hombre a otro hombre”. (Entralgo, 1969). Esto no se debe olvidar detrás de todas las pruebas exploratorias, de todos los avances tecnológicos y balances cuantitativos. En todo momento y en todas las circunstancias, se puede establecer un encuentro entre personas. Pero la relación propiamente dicha, aunque se de ese encuentro, se puede establecer o no. “Tú vienes a mí por un motivo cualquiera, un sufrimiento, una alteración, un desasosiego o un certificado y hay dos posibilidades: o nos encontramos o no nos encontramos” (Cometti, 2004).

En el desarrollo de cualquier actividad profesional y en el transcurso de la vida cotidiana, el contacto con el “otro” forma parte esencial de toda vivencia. Pero, ¿le damos la suficiente importancia al acto de entablar una buena relación? Desde el origen de la humanidad, la relación médico-paciente es una realidad elemental y fundamental de la medicina misma. Según Laín Entralgo: “El quehacer más cotidiano y permanente del acto médico constituye la esencia y la razón de ser de la medicina y sin esta relación no existe el arte de curar, principio que rige desde Hipócrates. La comunidad sanitaria se ha manifestado en los últimos años, sobre el deterioro de la relación médico-paciente, haciendo alusión a su influencia negativa en la calidad de la prestación del servicio de salud. Deterioro debido a unas causas principales como: el descuido de la enseñanza de los valores humanísticos en las facultades de medicina, el aumento de nuevas aplicaciones informáticas en detrimento de la interacción interpersonal entre el sanitario y el enfermo, así como un sistema de salud que promueve la amplia cobertura del servicio sin mejorar la calidad del mismo.

Con este trabajo, pretendo disponer de recursos intelectuales y retóricos para concienciar a los profesionales de la salud, de la necesidad de poner un “toque personal” durante nuestra práctica, que nos permita obtener el éxito profesional, que no es otra cosa que el arte de ayudar al paciente a transformar, en la medida de lo posible, todas las variables de su entorno que condicionan su problemática personal, con objeto de encontrar las soluciones pertinentes a su problema de salud, debiendo ser éstas, adoptadas de forma integral. Es muy importante saber diferenciar la enfermedad del padecimiento ya que sólo realizando esta diferenciación y dándole el trato adecuado a cada concepto, podremos pensar que hemos comenzado a atender al paciente de forma

más adecuada. La relación terapéutica supone para mí una cuestión de máxima importancia, no sólo por los beneficios que genera dicha relación en cuanto a la elección de un correcto diagnóstico y una buena adherencia al tratamiento y, por lo tanto, mejor evolución a la mejoría o curación, sino porque supone algo más. Superar en el siglo XXI, el nivel de sometimiento en el que se encuentran gran número de personas cuando piden atención sanitaria. Un sometimiento en una “relación de desiguales” en jerarquía. Y en la actualidad, ésto se sigue reflejando. Para conseguir que la relación terapéutica sea una “relación de iguales”, queda todavía un gran camino por recorrer.

II. METODOLOGÍA

De acuerdo con los marcos teóricos o perspectivas de la filosofía, antropología, sociología e historia de la relación terapéutica y los estudios de género, se procedió a la selección del “corpus” o conjunto de obras-fuente para el análisis temático conceptual del problema de la relación terapéutica, con el fin de saber/poder justificar intelectualmente una investigación futura de carácter empírico.

Los datos se han anotado en fichas de lectura de tres tipos: a) fichas de resumen (descriptivas o interpretativas), b) fichas de cita literal y c) fichas de comentario personal. Para la realización del trabajo, las fichas de lectura se han clasificado por temas/subtemas. Posteriormente, se realizan códigos temáticos, como puede apreciarse en las Figuras 1-3 del ANEXO.

Las monografías elegidas finalmente fueron las siguientes:

- 1) *El médico como persona en la relación médico-paciente*, de Rosa Gómez Esteban.
- 2) *Dos para saber, dos para curar*, de la comunidad científica Hipatia.
- 3) *El encuentro con el enfermo*, de Célérier, Oresve y Gouitaa.
- 4) *Sobre el problema de la empatía*, de Edith Stein.
- 5) *El médico y el enfermo*, de Pedro Laín Entralgo.
- 6) *El arte de entender al paciente*, de Carlos Pardo Huerta.
- 7) *Relación terapéutica entre personal de enfermería y paciente*, de Gail W. Stuart

De las monografías analizadas, hemos obtenido un total de 242 registros de notas de lectura que son fichas en papel. En cada uno de los registros o fichas, fuera del tipo de cita literal, resumen o de comentario personal, indicábamos como puede apreciarse en la figura X la fuente, señalando siempre autor, año y página y el tema/subtema de la nota, utilizando un criterio de indización o clasificación temática personal. Cada registro fue clasificado en un proceso de indización libre, según la palabra clave más significativa desde su propio discurso.

Una segunda revisión de todo el fichero de información (notas de lectura de las fuentes) nos ha permitido homogenizar los temas emergentes en los discursos analizados, de

modo que hemos procedido a elaborar y fijar un *thesaurus* o listado de descriptores más genéricos con los que codificar de nuevo el conjunto de los registros, que se han readscrito a los nuevos códigos (01-32) temáticos establecidos. Los 32 códigos temáticos iniciales bajo los que codificaron los 242 registros de temas sinónimos o muy relacionados semánticamente fueron los siguientes: comunicación, empatía, “singularidad”, dolor, “tocar”, contacto, exploración, medicalización, protocolo, burocratización, avances técnicos, MBE: carencias, profesionales de la salud; formación, cualidades, relación terapéutica, trabajo en equipo, expectativas del enfermo, “la sonrisa y el humor”, curación, dualismo psicosomático; búsqueda, ética, dificultades de la relación terapéutica, bloqueos terapéuticos, historia de la relación terapéutica, placebo, consentimiento informado, progreso, enfermedad, escucha activa, la enfermera, lenguaje no verbal, modelo maternal de relación terapéutica, desventajas del dominio, dato de laboratorio, dato limitado, universidad; pautas de aprendizaje, diversidad como riqueza e importancia del silencio en la relación terapéutica.

La codificación definitiva se ha realizado, pues, en dos fases. La primera, contemplaba 32 códigos temáticos y estaba muy atendida a la primitiva clasificación tras la lectura del texto original. En una segunda fase y teniendo en cuenta la escasa frecuencia con que aparecen algunos temas en las obras fuentes analizadas, se ha optado por eliminar las menos frecuentes reasignándola a otros códigos. Los temas (códigos) que consideramos importantes desde el inicio de nuestra investigación pero que no hemos mantenido como códigos autónomos por su escasa frecuencia han sido los siguientes: Trabajo en equipo, ética, sonrisa y humor, universidad; pautas de aprendizaje, diversidad como riqueza, importancia del silencio en la relación terapéutica, dato de laboratorio; dato limitado, desventajas del dominio, la enfermera, progreso, consentimiento informado, placebo, bloqueos terapéuticos, protocolo; burocratización y avances técnicos. Por tanto, en una segunda fase, la codificación definitiva la reflejamos como indicamos a continuación: 01.-Comunicación; 02.- Empatía; 03.- “Singularidad”; 04.- Dolor; 05.- Medicalización; 06.- MBE: Carencias; 07.- Profesionales de la salud: Formación y cualidades; 08.- Relación terapéutica; 09.- Expectativas del enfermo; 10.- Curación; 11.- Dualismo Psicosomático: Búsqueda; 12.- Historia de la relación terapéutica; 13.- Enfermedad;; 14.- Escucha activa; 15.- Lenguaje no verbal; 16.- Modelo maternal de relación terapéutica.

La codificación definitiva muestra con mayor claridad el juego de interacciones conceptuales del problema de la relación terapéutica (mapa conceptual) y las correspondencias entre los autores y autoras.

Por último, hemos realizado una primera revisión bibliográfica con el objeto de caracterizar la comunidad científica (filosófica, antropológica, histórica o sanitaria) interesada en España por este problema y trazar su perfil sociológico más cuantitativo. Se trata de verificar de este modo, o refutar, el interés social, la relevancia y la pertinencia de este problema de investigación. El análisis detenido de sus objetivos, resultados, alcance y limitaciones, en comparación con la literatura producida en otros países de nuestro entorno cultural europeo e iberoamericano, constituye el centro de la atención de nuestros futuros estudios.

III. ANÁLISIS DE LAS FUENTES, CARACTERÍSTICAS DEL “CORPUS”

3.1. *El médico y el enfermo*¹⁴

Pedro Laín Entralgo, autor de diversas obras como *“La Curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica”* entre otras muchas, es autor del *“Médico y el enfermo”*, obra seleccionada para nuestro estudio. La elección de este libro es esencial para todo aquél que quiera estudiar dicha relación. Considero de carácter obligado el estudio histórico de cualquier tema que nos interese, ya que es imprescindible para entender en el momento actual el tema en cuestión y poder realizar una mirada tanto retrospectiva como prospectiva. Esta mirada jánica, además, tiene por objeto identificar si existe cambio y progreso sobre el tema elegido, ya que no siempre que existe cambio temporal hay verdaderamente progreso.

Algo que realizamos de forma continua y rutinaria lo interiorizamos perfectamente y no lo cuestionamos; sin embargo, si aparece alguna contradicción, pero como aspecto contradictorio, entendemos la importancia del estudio de su génesis. Entendiendo el por qué, nos preparamos para reflexionar sobre posibles soluciones o, simplemente para aceptar algo, sin tener que ofrecerle resistencia. La obra *“El médico y el enfermo”* de Laín, maestro de maestros y académico de la legua de y de historia, me ha parecido ideal para conocer el antes de la relación médico-enfermo, ya que hace un recorrido de la Historia de la relación entre éstos por la Grecia Clásica, por la Edad Media y por la sociedad burguesa del siglo XIX, con el objeto de entender la relación como es hoy. Como su autor y un maestro de maestros de Historia de la Medicina y perteneciente a las Reales Academias de Medicina.

El título ya es bastante sugerente sobre la cuestión a tratar, pero cuando uno se introduce en el texto, Pedro Laín tiene la capacidad de despertar el interés con su forma de comenzar ya, en la introducción. Es un libro que además de tratar el pasado y presente de la relación, trata también cómo debe ser ésta. Con el recorrido histórico que el autor realiza, a diferencia de otras obras, te sumerge en las distintas épocas durante la lectura,

¹⁴ Pedro Laín Entralgo. *“El médico y el enfermo”*. Ediciones Guadarrama. Madrid (1969). Biblioteca para el hombre actual. 255 págs. ISBN : 530812737.

haciéndote saber y sentir que cada generación tiene su forma de pensar y, por tanto, su postura ante la propia vida.

La relación médico-enfermo ha sido, es y será siempre una cuestión de suma importancia, que durante la práctica profesional cotidiana suele pasar desapercibida. Esta importancia viene dada, no sólo por su intención de tranquilizar al enfermo, sino porque el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de esta relación, aunque normalmente se opine lo contrario. Por ello, Laín Entralgo dándole la importancia que se merece a dicha relación desde el punto de vista histórico, nos marca las pautas de cada época, resaltando las peculiaridades más llamativas, que hace al lector desear leer una página más. Párrafos en los que el autor nos deja ver, no sólo sus grandes conocimientos como teórico de la medicina, sino su gran capacidad de análisis y reflexión, de vital importancia para analizar cualquier cuestión de interés y, por tanto, primordial en el tema que nos ocupa. El autor con su trabajo, nos hace entender cómo la interacción médico-enfermo se ha ido llevando a cabo desde un punto de vista antropológico y de cómo ésta ha sido comprendida a lo largo de la cultura occidental en: La Grecia antigua, La Edad Media y en La Europa del siglo XIX.

Otra cuestión relevante que aborda esta obra es la de la elección de médico por parte del enfermo. Por medio de preguntas lanzadas, acto que realiza a lo largo de su obra y que a continuación contesta con rotundidad, explica cómo la libertad de elección del médico por el enfermo, no es condición necesaria para que se instaure la confianza de éste en aquél, ya que un médico que no ha sido elegido por el propio paciente podrá, si se lo propone, hacer que éste confíe en él aunque no haya existido elección. Porque bastan sólo dos requisitos: suficiencia técnica y buena voluntad “le bastarán de ordinario para ello” -afirma Laín Entralgo-, “y, puesto que puede hacerlo, deberá hacerlo”. Estas expresiones ejemplifican el tono filosófico práctico de esta interesante monografía.

3.2. *El encuentro con el enfermo*¹⁵

Se trata de una obra destinada, a sensibilizar al lector para que comprenda lo importante que es prestar, en un paciente, atención “a ambos sentidos del síntoma” (lo

¹⁵ Marie-Claire Célrier, Catherine Oresve, Florence Janiaud-Gouitaa. “El encuentro con el enfermo”. Síntesis. París. (1999). 299 Págs. ISBN: 84-7738-8105.

que éste nos quiere expresar a nivel somático y a nivel psíquico), a la vez que a con ello evitar los errores o perjuicios o errores de percepción de la salud del enfermo.

Esta obra está dirigida a todas las personas que cuidan de enfermos, a médicos de cabecera y demás profesionales de la salud en general, con el fin de hacerles conocer la realidad psíquica del paciente y saber relacionar ésta con la suya propia. Los autores de este libro, quieren transmitir todo lo que han aprendido durante años a lo largo de sus trayectorias profesionales, en lo que

a la relación médico-paciente se refiere, sobre todo para hacer más fácil el camino profesional a los médicos que están comenzando su carrera.

Uno de los valores de esta obra, es que está constituida por numerosos casos clínicos que acontecen entre médico y paciente en atención primaria, ya que dos de los autores son médicos generales en París. Esta forma de exponer el trabajo, por medio de casos, hace que la lectura sea muy agradable al igual que práctica y ayuda a aceptar que el objetivo del paciente no es siempre el de curar su enfermedad, ya que detrás de ésta, puede existir algún componente que el profesional desconoce y que sólo podrá conocer entablando “la relación”.

“*El encuentro con el enfermo*” es ideal para acceder al área inconsciente de los componentes del cuerpo y de la mente y con ello detectar las dificultades que intervienen en la relación terapéutica, con el fin de subsanarlas. Como comentan los autores, “el médico es, en parte, responsable de la “película” que surge en la mente del paciente y que repercutirá en su enfermedad”. Los autores de *El encuentro con el enfermo* mantenían el interés de escribir una obra así ya desde hacía tiempo, pues observaron que su bagaje técnico estaba muy lejos de ser suficiente para responder a todos los problemas que se les planteaba en su consulta parisina. Cuestionan la costumbre a nivel didáctico de anular el componente afectivo de la relación terapéutica con la idea equivocada de que altera la capacidad de decisión del profesional. Porque como bien subrayan, lo mejor no es limitarse a renovar recetas. Escuchar en muchos momentos puede evitar la ingestión de más de un fármaco.

3.3 Sobre el problema de la empatía¹⁶

La filósofa alemana Edith Stein, realizó el primer estudio extenso sobre este concepto en su tesis doctoral, que leyó en el año 1916 y fue publicada al año siguiente con dicho título. Su punto de partida fue meramente epistemológico, bien enmarcado en su historia o génesis del concepto. La autora no concebía la posibilidad de permanecer en el yo puro y que existiera a la vez esta alteridad cualitativa de la que trata en su obra, alteridad cualitativa que ya disfrutaba de definiciones, si se hacía un recorrido retrospectivo. Para Platón, el término “alteridad” es lo que hace que cada cosa sea otra, respecto de las demás. Es una característica contraria a identidad; presencia necesaria del otro. Para Aristóteles, este término significaba “la diferencia”. La filosofía de Hegel supuso destacar la “alteridad” con el concepto “de lo otro”, aportando que este concepto es fundamental en la construcción de la realidad y el sentido de todo. Esto es, que todas las cosas son lo que son, pero para que éstas sean, se necesita comprender lo que no son, porque -como fundamentaba Hegel, entre otros- ninguna cosa “es” de forma simple, ya que a nivel dialéctico todas las cosas se relacionan entre ellas. Un ejemplo de cosas que necesitan del otro para significar con plenitud, es el “yo”. “En todo hay lo otro” (Georg W. F. Hegel).

“*Sobre el problema de la empatía*” de Edith Stein, aporta no sólo un conocimiento más amplio sobre este tema, sino un vocabulario exquisito y extenso por lo que, a ser sincera, he necesitado tomarme mi tiempo para poder comprender muchos de los párrafos sorprendentes formulados por esta autora. La perspectiva filosófica que Edith Stein ha dado a su obra, convierte a ésta en una lectura bastante atractiva para comprender esta cuestión desde la propia construcción del individuo, tanto del que empatiza como del que es empatizado. Este texto ayuda a entender cómo la empatía es una cuestión más profunda que el “ponerte en lugar del otro” que siempre hemos escuchado. La autora va más allá del propio concepto. Por encima de la importancia (que sin duda la tiene y por lo que yo estoy interesada como profesional de la salud) que el término requiere, es impresionante cómo la filósofa Edith Stein con su pensar y su capacidad de expresión, propia de 1916 hace entender el cómo y el porqué de la

¹⁶ Edith Stein. “Sobre el problema de la empatía”. Trotta. Madrid. (2004). 141 Págs. ISBN: 84-8164-630-X.

construcción de la empatía en el ser humano. De su mano comprendemos mejor que la práctica de la empatía con un ser semejante lleve implícitamente al “autoconocimiento”.

3.4. *El médico como persona en la relación médico-paciente*¹⁷

Me interesó esta obra porque compartía la idea de que la relación que se establece de forma continua entre los profesionales sanitarios y el paciente es fundamental para la realización de un buen diagnóstico, así como para que exista adherencia al tratamiento y, por tanto, para la curación de la enfermedad¹⁸. Su autora, psiquiatra de Salud Mental en la Comunidad de Madrid, examina la relación médico-paciente como la clave para evitar los problemas de la mala práctica, ya que cuando en dicha relación existe una buena comunicación, es más fácil que los pacientes pregunten y que no malinterpreten. Cuando el médico sólo puede ver el cuerpo del paciente como un campo de regularidades o alteraciones biológicas, niega que el cuerpo sea también una de las pantallas en las que el sujeto puede expresar sus vínculos y sus conflictos psicológicos y sociales. Pero lo que más interesa de esta línea de pensamiento es la importancia de la “palabra cuando se establece este vínculo, ya que considero que “hablar” es algo más que comunicar. Es la puesta en marcha de mecanismos que se activan por medio de deseos, miedos, expectativas, ya que en torno a cada persona existen aspectos que determinan la forma en la que ésta se relaciona. Dichos aspectos pueden ser el componente emocional, el físico, el económico y el social. Además de estudiar esta relación, Rosa Gómez Esteban en esta misma obra, refleja la investigación sobre un estudio cuantitativo del grado de ansiedad que presenta el médico a lo largo de su quehacer clínico y la historia de la relación.

El libro plantea algunas ideas claves de las que destaco las tres siguientes. La primera, que si fuéramos capaces de transmitir a nuestros estudiantes el valor de la ciencia y de la tecnología, al mismo tiempo que el arte y la ciencia de las relaciones interhumanas, del cuidado humano y total del paciente, éste sería un verdadero progreso (acorde con las enseñanzas de Elizabeth Kubler-Ross 1974). La segunda, los contextos de la “ansiedad del médico”: cuando la enfermedad supone una amenaza para la vida

¹⁷ Gómez Esteban, R. “El médico como persona en la relación médico-paciente”. Editorial Fundamentos. Madrid (2002). Nº páginas: 263. ISBN: 84-245-0911-0.

¹⁸ *Ibid.* p. 26.

del enfermo, la debida a las demandas del paciente y la debida a la propia institución de trabajo. La tercera es la idea de que la importancia de la relación médico-paciente se acrecienta con el descubrimiento del “efecto placebo”. Como Rosa Gómez Esteban indica, con este fenómeno se evidencia que la acción de un medicamento también está sujeta a la actitud y personalidad del médico, tanto como del enfermo. Además está la posibilidad de las enfermedades yatrogénicas que no tendrían lugar sin la acción del médico. La autora explica, por último, cómo los trabajos de investigación han confirmado que el grado de adherencia al tratamiento desciende de forma llamativa cuando el enfermo no es atendido por su médico habitual, resultado que genera la necesidad de nuevos estudios. Termina planteando las repercusiones a nivel económico de una mala relación médico-paciente, indicando que se presenta un mayor coste sanitario. Todo nos hace pensar que sería ideal evitar una medicina defensiva y sustituir ésta por una medicina asertiva y empática.

3.5. Dos para saber, dos para curar¹⁹

Esta obra nos muestra un abordaje desde la perspectiva de género de la relación terapéutica. El mero título *Dos para saber, dos para curar*, ya es bastante sugerente en sí mismo y también su peculiar autoría colectiva. La comunidad científica, intelectual y de investigación Hipatia de Milán tiene por objetivo la creación de cultura no enraizada en la tradición patriarcal.

Esta obra está compuesta por un grupo heterogéneo de autoras que no comparten ni la misma profesión ni enfermedad: médicas, auxiliares, enfermeras y enfermas que pertenecen al mismo grupo de acción social: el feminismo de la práctica de la diferencia sexual. Para elaborar este trabajo, el grupo Hipatia preparó el encuentro sin obviar, más bien al contrario, todos los conflictos que cualquier encuentro interpersonal puede generar. Se trata de un libro que se encuentra fuera del marco de los tecnicismos, formulismos científicos, haciendo mención a medicinas alternativas o complementarias para demostrar la existencias de otras vías de curación o mejoría.

Esta obra es un análisis de relatos de vida, relatos singulares e individuales, que le dan el carácter de autenticidad. Expresiones como “la deshumanización en el campo

¹⁹

VV. AA. Hipatia. *Dos para saber, dos para curar*. Horas y horas. Madrid.: Horas y Horas, 2004.

médico no es fruto de un exceso de científicidad, sino de un defecto”, son explicativas pretenden reflejar con su trabajo. En todas las experiencias relatadas, estas profesionales de la salud muestran cómo disfrutan y observan su trabajo diario dando la importancia que merece la relación terapéutica. La obra está recogida mediante entrevistas y discusiones colectivas, muy acorde con el objetivo de esta monografía que es tratar de superar la separación entre el saber científico y la experiencia común del mundo.

Esta comunicad científica no sólo nos proporciona una visión de cómo es la relación terapéutica, sino que aporta bases para cuestionar las carencias que observamos en ese acontecimiento que sucede entre el profesional y el enfermo. Ninguna obra nos habla del “defecto de científicidad”; concepto que hemos tenido equivocado a lo largo de mucho tiempo y que representa mejor la realidad de una situación tan relevante como preocupante que a menudo denominamos “falta de humanismo”.

*3.6. Relación terapéutica entre personal de enfermería y paciente*²⁰

Gail Stuart, Decana y Profesora Titular College Of Nursing y del College Of Medicine the South Carolina, es la autora de un extenso capítulo de un manual académico que analiza los obstáculos que pueden manifestarse en el proceso de interacción con pacientes psiquiátricos.

Esta obra da otra perspectiva al problema de la relación, ya que en esta especialidad, la interacción adecuada o la negociación forman parte de la labor diaria de la enfermera, una herramienta fundamental en la trayectoria hacia la mejoría o curación. El paciente psiquiátrico determina una nueva forma de relación. Es el eje central para que el sujeto tome conciencia de su enfermedad y ponga en marcha los mecanismos adecuados para la solución de su problema de salud, pues se trata de personas con una elevada necesidad de comunicación, de expresión de sus inquietudes mentales, cuestión que este manual refleja muy bien, realizando esta autora un abordaje que nos hace comprender la complejidad de la relación en esta especialidad.

²⁰ Stuart, Gail W. Relación terapéutica entre personal de enfermería y paciente. In: Stuart, Gail W; Laraia, Michele T. *Enfermería Psiquiátrica. Principios y práctica*. Madrid: Elsevier, 2006; pp. 15-49. ISBN. 84-8174-902-8

Es sabido que la relación debe variar dependiendo de la necesidad de la persona que demanda la asistencia sanitaria. Y este tipo de pacientes requieren, sin duda, el establecimiento especializado de la relación terapéutica. Los profesionales de la salud deberíamos tener en cuenta que no sólo debemos servir de instrumento en la relación con pacientes psiquiátricos, sino que los conocimientos propios de esta especialidad debieran aplicarse al resto de disciplinas, siempre y cuando se establezca un encuentro con el enfermo, adaptando a cada sujeto, según su patología y circunstancias, un trato y una atención directamente proporcional a su estado de salud.

3.7. El arte de entender al paciente²¹

Pardo Huerta, mediante esta guía sobre relación terapéutica, nos muestra un abordaje claro y conciso sobre cómo debe ser esta relación. El propósito de este libro, es que todos los profesionales de la salud que tienen el privilegio de prestar un “servicio de salud” y de estar en contacto íntimo con los pacientes, consigan una buena relación terapéutica. Como bien afirma su autor, la formación científica de los profesionales de la salud es, evidentemente, biologista y organicista con una compleja tecnología de apoyo. Señala, que “el arte de ejercer la medicina es el arte de entender al paciente”. El autor enfatiza a lo largo de su trabajo, que una cosa es la medicina científica y técnica y otra es el arte de la medicina. Pardo Huerta se mueve continuamente entre estos conceptos, para que el lector pueda asimilar de una forma práctica, cómo entablar la relación terapéutica así como detectar las carencias que pueden presentar los profesionales de la salud, con el fin de solucionarlas de forma eficaz.

La obra relata los componentes existentes que se manifiestan cuando se establece el contacto con el enfermo y da una gran importancia al interrogatorio que, en su opinión, no se puede reducir a rellenar un formulario de identificación. Indica que dicho interrogatorio debe de realizarse de forma que el paciente pueda manifestar su experiencia de enfermedad con plena libertad y no limitándole con preguntas cerradas. Es sabido que las preguntas cerradas provocan la pérdida de gran información que puede resultar muy útil, para tratar el problema de salud. No obstante, las preguntas

²¹ Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente. Sevilla: Trillas, 2007. ISBN: 84-665-7358-5.

cerradas serán de gran ayuda, cuando necesitemos obtener datos muy concretos, que sean fáciles de manifestar por parte del enfermo, a través de dichas preguntas.

IV. ANALISIS CONCEPTUAL DE LOS PROBLEMAS TRATADOS

Cada uno de los libros analizados muestra un mundo de preocupaciones, intereses, perspectivas de análisis y métodos de observación y valoración. Y cada uno, un estilo de organización del discurso e, incluso, del lenguaje. Como era de esperar, los textos y discursos de los profesionales de la psiquiatría, tanto de la medicina como de la enfermería, resultan ser los más sistemáticos, profundos y matizados. Pero otros más reflexivos y fragmentarios, realizados desde la perspectiva histórica y el arte de filosofar o desde la acción social feminista, plantean preguntas radicales y extrañas sobre prácticas o actitudes sencillas y habituales descubriendo grietas e incoherencias donde no parecía haberlas.

En la diversidad hallada no resulta difícil, sin embargo, observar una serie de temas que se repiten en las obras analizadas, o se dan por supuesto, o son ejes de su discurso y práctica profesional. A continuación muestro esa trama de interacciones entre los autores y, sobre todo, los problemas emergentes. Los 16 temas que encabezan los apartados son los que sostienen el edificio de ideas, teorías, valores y pautas de conducta que han emergido del *corpus* analizado. Pero también representan -en su complejidad y prolijidad- aspectos claves de eso que normalmente no teorizamos pero practicamos que es la relación terapéutica en la profesión enfermera. Todo un mundo conceptual de utilidad para la práctica sanitaria enfermera.

01.- *Comunicación:*

Como ya se puede apreciar, los 6 autores mencionados comparten la idea de la necesidad de que exista una buena comunicación para que la relación terapéutica sea llevada a cabo de forma eficaz. Pardo Huerta hace hincapié en las preguntas del interrogatorio, haciendo alusión a que son fundamentales en el contexto de la relación terapéutica, pero que tienen que reunir unos requisitos y que no se debe centrar la entrevista, sólo a este tipo de preguntas, sino que hay que dejar al paciente que se

expresarse con libertad.²² Realiza una síntesis de cómo tienen que ser las preguntas del interrogatorio e incluye los siguientes: claras, precisas, lenguaje coloquial, discretas, lógicas, procedentes, con prudencia moral, respeto.²³ También comenta que deben llevar un orden y una metodología y ser prudentemente espaciadas, para no abrumar al paciente. Recomienda continuar el interrogatorio durante la exploración, conociéndose a esto como “interrogatorio visceral”²⁴. Pardo Huerta señala la gran importancia de saber escuchar con bondad y respeto, para facilitar la sintonía entre el profesional y el enfermo. También recalca que todo lo dicho anteriormente, va a estar condicionado por la edad del paciente, su competencia, el carácter y la sensibilidad de éste, la índole y gravedad del problema, así como por sospecha de mala fe, exageración, pretexto, simulación o disimulación.²⁵ Este autor, también hace referencia a la importancia del lenguaje no verbal, comentando que no sólo es importante observar el “lenguaje de los órganos” (patologías) y el lenguaje verbal, ya que el no verbal nos descubre numerosa información, acerca de todo lo relacionado con el enfermo.²⁶ “El médico a su vez debe aprender a callar, recordar que si hay palabras que curan, también hay palabras que

²² Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente., *op. cit.* p. 21. Como bien apunta el autor, “el paciente es alguien que necesita algo; que está en un callejón sin salida, se encuentra confundido, estancado, débil y enfermo” (Pardo, 2007, p. 32).

²³ Idem. La forma en la que se realizan las preguntas del interrogatorio deben ir encaminadas al comportamiento y creencias que el paciente nos manifiesta. “Todo el comportamiento está basado en un sistema de creencias; por tanto las creencias son básicas para la salud (Dilts, 1996)” (Pardo, 2007, p. 70).

²⁴ Con el fin de que no se produzca un corte en cuanto a comunicación con el enfermo y que el encuentro con éste se realice con fluidez. “Se trata de hacer uso de la inteligencia interpersonal, que con frecuencia para el profesional es igual o mucho más importante que la brillantez académica, el uso del aparato de moda, o el consultorio de lujo, porque determina el éxito en el trabajo, basado en el desarrollo de la capacidad de ser empático y de manejar las relaciones interpersonales. Esto se logra con rapport o sintonía (establecimiento de una relación de confianza y armonía con los pacientes) estar en la misma onda, estar sintonizado con él”. (Pardo, 2007, p.70).

²⁵ Pardo, 2007, p.21. Por ello es tan importante conectar de forma adecuada a través de la relación, ya que las intenciones del enfermo cuando demanda asistencia sanitaria, no siempre son las mismas y variarán de unos pacientes a otros, dependiendo del interés de la consulta realizada. El profesional de la salud, una vez haya detectado cuál es la intención del enfermo cuando acude a consulta, deberá utilizar todos los recursos a su alcance para solucionar el problema de salud e intentar subsanar en la medida de lo posible, aquellos problemas que, aunque no indiquen alteración de salud, pueden llevar implícitamente una situación que al enfermo le esté generando angustia. “Ésta es, en esencia, una relación compleja y controvertida, determinada por múltiples factores de carácter económico, social, religioso, mágico, técnico, científico, político, ético, jurídico, vivencial, pero fundamentalmente humano, que coinciden en un mismo espacio en la búsqueda de un objetivo común: La salud”. (Pardo, 2007, p.19).

²⁶ Pardo 2007, p. 47. Para saber prestar atención a toda esta gama de componentes de la relación terapéutica, es necesario “conocerse y conocer”. “En 1995 Daniel Goleman, destacado investigador propuso un nuevo enfoque sobre el tema: La inteligencia emocional, con la que se refiere a cómo conocer las emociones propias y las ajenas y guiarlas de manera adecuada, controlarlas para lograr un objetivo; así como reconocer y manejar las emociones de los demás, cualidad propia de la empatía y tener la habilidad de adaptación”. (Pardo, 2007, p.13).

matan”.²⁷ “Dice un antiguo proverbio que la vida y la muerte se encuentran en la punta de la lengua”. Pardo Huerta menciona estas citas para aclararnos la importancia que tiene “la palabra”.²⁸ En cuanto al lenguaje no verbal citado anteriormente, este autor comenta que “aún siendo el proceso de la comunicación complejo, es imposible no comunicar”.²⁹ Un Tema/ Subtema a destacar en su obra, es el que menciona lo relevante que es que el profesional de la salud logre tener una comunicación con su paciente, ya que podrá entender a éste, pudiendo definir los objetivos precisos y diseñar las estrategias adecuadas para su tratamiento. Señala que una comunicación efectiva le permitirá al profesional de la salud, hablar al paciente “en su mismo idioma”.³⁰ Entender a éste es la esencia del arte de la medicina –comenta Pardo Huerta- lograr la empatía y el contacto con el enfermo – vuelve a afirmar el autor.

Otra autora que defiende la importancia de la comunicación es Gómez Esteban: “Informar por informar satisface los requisitos legales que la sociedad impone, pero no cumple los principios éticos que toda actividad terapéutica demanda”.³¹ Gómez Esteban señala la insistencia de Rof Carballo sobre que hay que dejar al paciente que se exprese. Para poder analizar de forma correcta la relación entre profesional y paciente es necesario tener en cuenta: factores personales del profesional y del paciente, deseos, actitudes y expectativas, tanto del profesional como del enfermo, que van a generar dinámicas en relación a la personalidad tanto de uno como de otro.³²

²⁷ Ibid., p.35. Por ello, el autor hace alusión constantemente sobre lo importante que es no interrumpir la comunicación en el transcurso de la entrevista, ni siquiera durante la exploración, ya que de esta forma, la información es continua sobre todos los aspectos relevantes y no relevantes (porque en algunas ocasiones lo que pensamos que no es relevante, resulta de gran importancia para extraer conclusiones sobre problemas de salud.

²⁸ “Para el paciente todo lo que el clínico hace, dice o deje de hacer es muy importante, pues ninguna de sus palabras o gestos caen en el vacío infértil”. (Pardo Huerta, 2007, p. 36).

²⁹ El autor hace mención al significado de “comunicar”, aportando que la comunicación se expresa siempre simultáneamente en forma verbal y corporal. Insiste en la importancia de dejar al paciente que se exprese libremente, ya que ésta es la mejor forma de establecer dicha comunicación. En el proceso de comunicar, la honestidad debe ser mutua. (Pardo Huerta, 2007, p. 45).

³⁰ Entender al paciente es la esencia del arte de la medicina y cuanto más rica y fluida sea la comunicación, más entendible será la misma.

³¹ La relación médico-paciente es un vínculo interpersonal que se establece a través de la palabra. “En este vínculo la comunicación es importante pero su comprensión exige incluir otros elementos de la dinámica de la relación que son inconscientes”. (Gómez Esteban, 2002, p.225).

³² En dicha relación el médico puede ayudar a que se cure o mejore el enfermo, si existe una escucha personal y no sólo de la propia enfermedad, teniendo siempre en cuenta que exista en el paciente el deseo de dicha mejoría o curación.

La comunidad científica italiana de Hipatia habla de “la insuperable incomunicación: “El médico ve la vida desde un perfil orgánico y el paciente desde lo que siente; esto, por muchos libros que se escriban, convierte a la comunicación en un imposible”.³³ “La importancia del momento de comunicación y síntesis –fruto de una conquista profesional nunca asegurada del todo– está minada por los propios colegas implicados que, adiestrados para el trabajo cuantitativo, se sienten casi culpables al encontrarse sentados para hablar y reflexionar y no correr afanados por el servicio”.³⁴ Laín Entralgo, nos hace referencia a la cuestión de la “persuasión verbal”, haciendo mención a que es el recurso supremo para suscitar la confianza del paciente hacia el profesional sanitario; también para que el tratamiento fuera individualizado.³⁵ “El buen médico no prescribe nada al enfermo –dice Platón– mientras no le ha convencido de la eficacia de su tratamiento; y sólo entonces, teniéndole ya ablandado por la persuasión, trata de llevar a término su obra restituyéndole la salud”. (Leyes, 720d). El médico de la Edad Media conducido por su propia experiencia –como indica Laín Entralgo– supo valorar la eficacia terapéutica que en el enfermo producía la comunicación verbal.³⁶ Gail W. Stuart, nos señala que la comunicación puede facilitar que se desarrolle adecuadamente una relación terapéutica o “servir de barrera para ella”.³⁷ Edith Stein, nos habla sobre el sentido de la palabra y nos hace reflexionar sobre la importancia de ésta:³⁸ “Una señal no puede desarrollarse. Si un temporal barre todas las señalizaciones en Riesengebirge, entonces se extraviarían los excursionistas sin que la federación de Riesengebirge que ha creado ese sistema de señalizaciones y que las imagina todavía en perfecto orden, sea responsable por ello. Con la palabra no es posible lo mismo, sino que ella está siempre llevada por una conciencia”.³⁹ Para todos los autores, la comunicación es esencial para

³³ Esta cita está recogida en *Dos para saber, dos para curar, op. cit.* 2004, p. 24-25.

³⁴ Esta reflexión que me parece sumamente interesante y que yo apoyo la refleja Daniela Ríboli, que pertenece a la comunidad científica Hipatia, en *Dos para saber, dos para curar*, 2004, p. 90.

³⁵ “Conviene tener en cuenta que el diálogo entre el médico y el enfermo es siempre y a la vez diagnóstico y terapéutico”. (Laín Entralgo, 1969, p. 178).

³⁶ Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo*. 1969. p. 94. El acto médico es un encuentro entre dos o más personas que tienen o deben tener en común los mismos objetivos: los de la curación. Este acto médico no sólo posee un carácter personal (entre dos personas) sino que a la vez existe un carácter social, ya que tanto la persona del enfermo como la del médico se encuentran en el seno de una sociedad, que condiciona la forma en la que éstos se encuentran. (Laín Entralgo, 1969, p. 10-11).

³⁷ Gail W. Stuart. *Manual de Enfermería Psiquiátrica*. 2006. p. 24-25. El autor, en su obra, nos refleja muy bien la gran importancia que sustenta la enfermera en una unidad psiquiátrica, “El personal de enfermería psiquiátrico eficaz utiliza la comunicación verbal con sensibilidad para favorecer el respeto mutuo”. (Gail Stuart, 2006, p. 24-25).

³⁸ “El tránsito a la persona hablante y sus actos también puede arrancar del sentido de la palabra antes que del sonido de la palabra pronunciada”. (Edith Stein, 2004, p. 101).

que se establezca un vínculo terapéutico adecuado. Siempre que se establezca un encuentro, se va a presentar una forma de comunicar en cada sujeto porque, como afirma uno de los autores, es imposible “no comunicar”. Debemos controlar la forma en la que fluye dicha comunicación para conseguir el objetivo principal: la mejoría o curación de la persona asistida. Otros autores como Mirón González, en su artículo de revisión sobre “Comunicación de malas noticias: Perspectiva enfermera”, afirma que la comunicación en el marco de las ciencias de la salud, debe ir más allá de la simple transmisión de la información, debiendo saber informar, influir y motivar⁴⁰.

02.- *Empatía*

Célérier señala que para que el paciente resulte bien atendido, tiene que existir cierta cercanía afectiva hacia él.⁴¹ Cercanía afectiva que se puede identificar con el nombre de empatía y, no por ello, es necesario implicarse hasta sentir el mismo sufrimiento que el paciente; sufrimiento justo, como para atenderlo adecuadamente.⁴² Esta autora también hace mención a la importancia de “tranquilizar” cuando se entabla la relación terapéutica, ya que, por muy sencillo o complejo que sea el problema médico que se presenta, o por muy complicada la petición del paciente, el primer cometido del médico se debe de basar en tranquilizarlo.⁴³ Para ello, es importante saber ponerse en el lugar “del otro”. Dicha autora nos refleja: “la motivación por saber más, de entender la actitud

³⁹ Texto literal que me pareció muy gráfico para transmitir lo que la autora quería expresar. Dicho texto está reflejado: Edith Stein. Sobre el problema de la empatía. 2004. p. 99. La autora nos muestra una perspectiva sobre esa cuestión diferente a lo normalmente se menciona sobre el problema de la empatía. “La empatía es la conciencia experiencial en la que vienen a dárse nos personas ajenas”. (Edith Stein, 2004, p. 113. “Solo quien se vivencia a sí mismo como persona, como totalidad de sentido, puede entender a otras personas”. (Edith Stein, 2004, p. 133).

El conocimiento de la personalidad ajena es relevante para nuestro “autoconocimiento”. (Edith Stein, 2004, p. 134).

⁴⁰ Mirón González, R. Comunicación de malas noticias: Perspectiva enfermera. Rev Esp Com Sal. 2010;1(1):39-49. (Healthy People, 2010).

⁴¹ “Escuchar a los enfermos, intentar comprender lo que les desasosiega y entablar con ellos una relación de confianza que les permita aceptar de manera secundaria una terapéutica que habrían rechazado en un principio, es parte del papel del médico”. (Marie-Claire, C, 1999, p. 248).

⁴² Escuchando de forma activa, el tiempo necesario durante “ese encuentro” con el enfermo, nos permitirá no sólo saber los gramos de alguna sustancia, sino la relación que éste mantiene con el alcohol, tabaco, etc., la calidad de su vida, tristezas, ansiedades, etc. Que, en ocasiones, son precursoras de la sintomatología que manifiesta cuando pide atención médica. (Marie-Claire, C. 1999, p. 30).

⁴³ “Cuando comienza a ejercer, el médico puede sentir la tentación de escuchar mucho al enfermo para disminuir la culpabilidad por su falta de competencia técnica”. (Marie-Claire, C. 1999, p. 16). Existe un comentario popular que dice que se suple la experiencia por la simpatía. ¿Y por qué no ir añadiendo esta competencia técnica, sin la necesidad de anular dicha simpatía? Lo que al principio parecía una alteración a eliminar se transforma en factor esencial en la atención sanitaria.

desagradable que a veces muestra el enfermo, porque nos sentimos incómodos con él, pueden ser en sí mismas las que devuelven interés al encuentro con el paciente”.⁴⁴

Edith Stein aporta gran cantidad de información sobre la cuestión de la empatía: “Sólo quien se vivencia a sí mismo como persona, como totalidad de sentido, puede entender a otras personas”. Me parece interesante destacar un párrafo suyo que, aunque no tiene relación directa con la empatía, nos hace reflexionar sobre el control de los sentimientos y, como consecuencia de esto, la pérdida de distintas posibilidades esenciales. Stein subraya la necesidad de sentir “al otro” y como repercusión va a surgir un “autoconocimiento”. “No sólo nos enseña a hacernos a nosotros mismos objeto, sino que lleva a desarrollo, como empatía con naturaleza semejante”. Señala también que el autoconocimiento nos puede dirigir hacia la autovaloración. En definitiva, que el conocimiento de la personalidad ajena es relevante para nuestro autoconocimiento. Lipps intentaba explicar la experiencia de la vida psíquica ajena con la doctrina, ya conocida, de la imitación. “Un gesto visto despierta en mí el impulso de imitarlo, así que con aquel gesto es participada la vivencia a él correspondiente, pero en tanto que es vivenciada en el gesto ajeno me aparece no como mía, sino como la del otro”.⁴⁵ Stein explica la empatía por medio de la Teoría de la inferencia por analogía: “Conozco el cuerpo físico ajeno y sus modificaciones, conozco el cuerpo físico propio y sus modificaciones y en el segundo caso sé que ellas son condiciones y consecuencias de mis vivencias”.⁴⁶ La posición desde la que la autora explica la empatía es una perspectiva puramente filosófica, que hace ver a la empatía mucho más allá de lo que otros autores nos muestran. “Un estado de ánimo empatizado es experiencia de conciencia ajena en el mismo sentido que una toma de posición empatizada y, encierra como ella, una aprehensión del sujeto ajeno”.⁴⁷ Stein refleja que la causa de los acontecimientos no se detecta únicamente con los datos obtenidos, sino que “también ella es vivenciada empatizando”.⁴⁸ Un concepto sobre empatía que nos describe la autora es el siguiente: “

⁴⁴ Tanto la actitud del cuerpo, como las pausas y los silencios; el vocabulario que utiliza el paciente, son componentes esenciales que van a permitir abordar la problemática de la persona que pide ayuda en la consulta. (Celerier, 1999, p. 45).

⁴⁵ Edith Stein. *Sobre el problema de la empatía*. 2004. p. 39.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 43.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 52-53.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 90.

La empatía es la conciencia experiencial en la que vienen a dárseos personas ajenas”.⁴⁹ Como hemos podido observar, todos los autores comparten la importancia de la empatía en la relación terapéutica, cada uno bajo un prisma, pero con el mismo fundamento. Otros autores como Ángeles Maqueda Martínez y Luis Martín Ibáñez, en su artículo de revisión sobre “La habilidad de comunicar: Caminando hacia el paciente” mencionan la importancia de la empatía durante todo el desarrollo de la entrevista clínica⁵⁰.

03.- “Singularidad del paciente

La comunidad científica italiana Hipatia aporta información muy interesante sobre la “singularidad” del paciente: “Empecé a hacer homeopatía, eso es, empecé a escuchar, paciente tras paciente, con el fin preciso de entender, más allá del diagnóstico nosológico con el que cada uno llegaba a mí, qué era lo que en un cierto momento de la vida de aquella persona actuaba para desviar su energía vital”.⁵¹ Hipatia afirma que lo psíquico condiciona la patología, como también la salud, por tanto, cada persona reacciona de un modo distinto ante la misma enfermedad, lo que le hace ser “singular”. Como bien señala dicha colectivo, uno de los problemas es que las particularidades individuales necesarias a tener en cuenta en todo el proceso de curación, “se convierten en fluctuaciones alrededor de un valor medio o un estándar”.⁵² Con ello, se corre continuamente el riesgo de omitir informaciones esenciales, no sólo para que se pueda producir el éxito terapéutico en cada individuo particular, “sino también para la capacidad de la ciencia médica de comprender los fenómenos en su complejidad”. Gómez Esteban menciona a Raimbault, que señaló que “el paciente, por un lado es un

⁴⁹ Podemos tomar el yo, en un segundo sentido, como la unidad de una corriente de conciencia. Partíamos del yo como sujeto de una vivencia actual. Pero encontramos esta vivencia, si reflexionamos sobre ella, no como aislada, sino sobre el trasfondo de una corriente de vivencias similares de mayor o menor claridad y distinción en el darse. El yo de esta vivencia no ha estado siempre en ella, sino que ha pasado o ha sido atraído a ella desde otra y así sucesivamente.

⁵⁰ Maqueda Martínez, Ángeles; Martín Ibáñez, Luis. La habilidad de comunicar: Caminando hacia el paciente. Rev Esp Comun Salud. 2012;3 (2): 158-166.

⁵¹ Este fragmento literal lo recoge Raffaella Pomposelli, que pertenece a VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 56.

⁵² “El protocolo a seguir es rígido y esquemático en la anamnesis como en su terapia, el pronóstico es aproximativo, sobre todo en las enfermedades crónicas” VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 57.

“Una segunda corriente critica la medicina científica y sus desarrollos tecnológicos por haber sustituido la relación directa con el paciente por el recurso a la tecnología despersonalizante y por haber adoptado una concepción de la enfermedad como algo separado del ser concreto que enferma y está enfocada a la curación de los órganos aislados, si no es de las células o ADN defectuosos”. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 24.

caso clínico y, por otro, una persona doliente”⁵³, por lo que también hace alusión al concepto de “singularidad” de cada persona, como sujeto doliente de una patología.

Pardo Huerta realiza un comentario muy interesante, afirmando que con frecuencia el paciente sufre más por lo que piensa que por lo que tiene (lo que le hace a éste tener su propio mapa mental), porque las personas no responden a la realidad, sino a las percepciones personales de su propio mapa de la realidad, es decir, su propio sistema nervioso distorsiona dicha realidad y por eso puede decirse que no hay nadie que perciba todo con absoluta objetividad, ni siquiera el médico.⁵⁴ El entendimiento claro de que el mapa del paciente es distinto del suyo permite al médico conocer cuáles son las motivaciones de éste.⁵⁵ Esto hace a la persona ser un ser “singular”, único e irrepetible. Pardo Huerta hace mención a que la forma en que cada individuo es irrepetible, lo manifiesta a través de la expresión de sus sentimientos y dichos sentimientos, pueden ser expresados en tres lenguajes distintos. Uno de ellos es el que se expresa de manera objetiva, lógica y razonada. La segunda manifestación de sentimientos, puede llevarse a cabo de forma subjetiva, a través del lenguaje corporal. Y la tercera manifestación, por medio del lenguaje de los órganos y sistemas de su cuerpo, por medio de su patología orgánica. Como bien refiere Pardo Huerta, el paciente puede acudir a la consulta por problemas de distinta índole (orgánicos, funcionales, psicológicos, sociales, morales, sentimentales) y con cualquiera de ellos, la manifestación del enfermo siempre será propia, por tanto, única e irrepetible. “Ningún paciente es igual a otro”⁵⁶

Célérier nos informa de cómo los estudios médicos nos han acostumbrado a que la causa de las patologías es lineal y que todo síntoma proviene de un agente patógeno. Y cuando el agente patógeno actúa sobre un organismo, terminará provocando el mismo tipo de síntomas siempre, pudiendo variar en intensidad. Como señala Célérier, “Por

⁵³ Gómez Esteban, Rosa. El médico como persona en la relación médico-enfermo. 2002. p. 111.

⁵⁴ Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente. 2007. p. 32.

⁵⁵ “Cada persona tiene un mapa de su mundo y ningún otro mapa es más real que su propio mapa personal”. Este mapa personal condiciona en la totalidad a su enfermedad. Pardo Huerta, C. El arte de entender al paciente. 2007. p. 32.

El profesional de la salud debe aprender que cada paciente tiene una forma específica de percibir el mundo y a sí mismo y, por ello, a relacionarse con éste y consigo mismo. “Esto constituye el mapa de la persona, pero no la realidad”. Pardo Huerta, C. El arte de entender al paciente. 2007. p. 32.

⁵⁶ Pardo Huerta, C. El arte de entender al paciente. 2007. p. 24.

fortuna, con el paso de los años, se ha ido demostrando que cada paciente reacciona de una manera muy distinta a otro, aún con la misma enfermedad”.⁵⁷ Un dato más que convence para afirmar que la experiencia y singularidad de una persona es única e irrepetible. Esto hace que la relación terapéutica siempre varíe de una persona hacia otra. Cada experiencia vital nos aporta numerosos datos que nos dirigen hacia el camino de la mejoría o de la curación.⁵⁸

Pardo Huerta cita en su trabajo a Ekman, que mencionó que los grupos de emociones básicas que puede presentar el paciente y las expresiones faciales de ellas, que son universales, hacen de la persona un caso único. Del mismo modo Pardo señala la importancia que tiene que el clínico domine el arte de discernir entre suposiciones falsas y verdaderas, es decir, volver objetivos en la medida de lo posible los supuestos subjetivos del paciente, lo que implica no sólo escuchar el contenido de sus explicaciones verbales o bien observar su estilo de vida total, sino también cómo comunica su sistema de creencias, mitos y valores internos, para poder diferenciar los problemas que presenta un paciente y otro, evitando así, los encasillamientos innecesarios.⁵⁹ Yo considero que si establecemos un vínculo correcto con el enfermo, podremos detectar la “singularidad” de éste, lo que nos va a llevar a un éxito en la relación terapéutica, porque de su propia “singularidad” vamos a detectar qué necesita exactamente, vital para asegurarnos un adecuado progreso en el proceso de la curación. Otros autores como Bárbara Barendson, en su monografía “Ética en la función del

⁵⁷ Marie-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999. p. 252.

“En cuanto comprendía que la medicina que utiliza las últimas técnicas en los hospitales era refractaria a la hora de tener en cuenta el aspecto psicosomático de la enfermedad y que los psicólogos y psicoanalistas que no eran médicos no sabían mucho acerca de las enfermedades de etiología somática, pensé que la medicina general seguía siendo el mejor terreno de encuentro para los problemas somáticos y psíquicos”. Marie-Claire, C. El encuentro con el enfermo. 1999. p. 9.

⁵⁸ Nos encontramos con un sistema que se preocupa más por atender a las propias enfermedades, en detrimento de los propios enfermos. Enfermedades encasilladas en códigos y protocolos, olvidados de lo más esencial: la persona como sujeto único, singular, con experiencia propia. (Celerier, 1999, p. 212).

Es el enfermo quien en realidad orienta el diagnóstico, si el médico le deja expresarse. Seguidamente, éste formularía preguntas en función de lo que le ha expresado el enfermo y no siguiendo simplemente los esquemas protocolarios abstractos aprendidos en la facultad. (Celerier, 1999, p. 48).

La actitud habitual que desarrollan los sanitarios (que lleva implícita que sólo cuando haya desaparecido una enfermedad de índole somática, se podrán interesar por el resto), priva de una gran cantidad de datos igualmente útiles e importantes, tanto para el diagnóstico como para la buena o adecuada elección del tratamiento. (Celérier, 1999, p. 15).

⁵⁹ Sin embargo, el éxito de este ámbito depende de factores poco perceptibles, que no se enseñan en las facultades y que el profesional sanitario debe descubrir y aplicar para que su potencial no se malogre en la mediocridad. (Pardo Huerta, 2007, p. 7).

acompañante terapéutico” menciona que “la vida del hombre no puede ser vivida repitiendo los patrones de su especie”⁶⁰.

04.- *Dolor*

Como nos señala Laín Entralgo: “Para el hombre, ¿cuándo una cosa es importante?. Indudablemente, cuando puede dolerle. Nos muestra nuestro cuerpo su importancia cuando nos duele; y una amistad o un amor valen cuando pueden ser causa de dolor”.⁶¹ La Comunidad Científica de Hipatia, nos aporta que el dolor deja de ser una cosa contra la cual luchar y hacer desaparecer a cualquier precio, para convertirse en algo a escuchar, a entender, a descodificar. Se convierte en una experiencia clarificadora. “Juntos captamos el sentido de ese dolor y entonces sí puedo prescribir el fármaco adecuado”⁶². Asimismo, dicha Comunidad refleja que para comprender el origen de una enfermedad es mucho más útil mirarse dentro que pensar en cualquier causa externa, ya que el síntoma, es una voz que quiere decir algo importante y no encuentra otra manera de significarse y es mejor (excepto dolores insoportables o riesgo serio) intentar escuchar, más que acallar con cualquier sustancia.⁶³

Es obvio que escuchar el dolor da información esencial para descubrir el origen de la enfermedad. Este concepto forma parte del centro de la relación terapéutica, ya que, mediante este vínculo tenemos que tomarnos el tiempo necesario para descodificar dicho dolor. Otros autores como Liliana Basso Musso, en su ensayo “Enfermería y la resolución de los dilemas éticos”, menciona el principio de no-maleficencia, en el que los profesionales de la salud, por medio de la ética, debemos evitar cualquier dolor o sufrimiento en el paciente asistido⁶⁴.

⁶⁰ Barendson, Bárbara. *Ética en la función del acompañante terapéutico*. Buenos Aires, 2005.

⁶¹ Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo*. 1969. p. 9.

⁶² Este texto literal lo recoge Raffaella Pomposelli, que pertenece a VV.AA. Hipatia. Dicho texto se expresa en la obra *Dos para saber, dos para curar*. 2004. p. 62.

⁶³ VV. AA. Hipatia. *Dos para saber, dos para curar*. 2004. p. 126.

Incluso una enfermedad puede ser útil para dar identidad y los síntomas pueden proporcionar ventajas secundarias de tipo adaptativo en las que refugiarse como defensa. (VV. AA. Hipatia, 2004, p. 133).

⁶⁴ Basso Musso, Liliana. *Enfermería y la resolución de los dilemas éticos*. Investigación y Educación en Enfermería, vol. 30, núm. 2, 2012, pp. 260-268.

05.- *Medicalización*

Los autores reflejan la necesidad de que no todo sea tan “medicalizado” ya que se da prioridad siempre al diagnóstico y tratamiento, en detrimento de la prevención y la rehabilitación. La Comunidad Científica de Hipatia, resalta la importancia de “el contacto piel con piel “Durante la preparación de mi tesis de neuropsiquiatría infantil, tesis que duró dos años y fue elaborada observando niños prematuros nacidos antes de 30 semanas de gestación y por debajo de un kilo de peso, me asaltó el interrogante que ha orientado toda mi investigación”.⁶⁵ La autora nos cuenta cómo los niños nacidos en un hospital de Treviglio, cuyas madres podían tocarlos y acariciarlos muchas veces al día, eran niños que a los 6 años se habían integrado perfectamente en la escuela y en el ámbito social a pesar de que las lesiones en el nacimiento habían sido gravísimas, a diferencia de otros niños que habían tenido la desgracia de nacer en un hospital de Seriate, en un ambiente extremadamente aséptico, en el que se les separaba, incluso durante meses, de las madres que sólo podían verlos a través de los cristales, a causa de una postura sanitaria muy drástica sobre el peligro de las infecciones. Estos últimos niños en iguales condiciones de partida, presentaban dificultades de aprendizaje, resultaban inadaptados, eran niños muy difíciles, siendo dos de ellos diagnosticados como psicóticos. “A pesar de haber recibido tratamientos en la divisa de la máxima asepsia, la falta de contacto con la madre los había marcado irremediablemente”.⁶⁶

Célérier, hace referencia a que durante el proceso de “medicalización” hay que insistir en incluir otras conductas beneficiosas para no caer en la carencia. “Yo sigo hablando mientras hago el reconocimiento, así que, a veces, la historia se cruza con el examen médico”.⁶⁷ Célérier coincide con Cristina Cometti en su capítulo “Tocar con las manos” en “Dos para saber, dos para curar” en el que menciona la importancia de “tocar con las manos”, al mismo tiempo que le va explicando al paciente, qué órgano tiene en el lugar del dolor. Si le duele la zona abdominal, le explica que “tiene un estómago”, “un

⁶⁵ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. P. 53-54. Relato muy interesante que realiza Raffaella Pomposelli sobre la importancia de hacer uso del “contacto piel con piel” con los recién nacidos.

⁶⁶ En la actualidad, ya se toma más conciencia sobre la importancia del “contacto piel con piel” ya que nunca se había incluido como parte de la “medicalización”. Es hoy cuando se está incorporando en las unidades de recién nacidos esta terapia.

⁶⁷ Maire Claire Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999. p. 49.

intestino”, con la intención de que el enfermo, al sentir dicho dolor, por lo menos sepa “que le duele y que lo tiene”. Entonces, a un aumento de la capacidad de palpación, se corresponde un incremento de la “comunicación”. La Comunidad Científica de Hipatia, hace referencia a que en determinadas ocasiones, el mejor tratamiento es “pararse”.⁶⁸

Célérier, nos habla de la importancia que tiene la enfermera (que está siempre a pie de cama) y que con el exceso de “medicalización” en muchas ocasiones, esto nos pasa desapercibido.⁶⁹ Gómez Esteban nos manifiesta que el mejor instrumento es “la silla” que es dónde empieza la entrevista con el enfermo y, a partir de ahí, según se realice ésta, nos va a permitir unos buenos resultados en la relación terapéutica, o no. Como hemos visto, los autores están de acuerdo, con que existe un exceso de medicalización. Sería necesario fomentar la prevención y la rehabilitación, al mismo nivel en el que se encuentra el diagnóstico y el tratamiento. Toda la atención sanitaria, fluye alrededor del concepto de medicalización y es trabajo de todos los profesionales, hacer que esta situación varíe.

Otros autores como Vicente Verdú, sociólogo: “Prozac para la depresión, melatonina para la juventud y el sueño, Viagra para la impotencia, Serotax contra la timidez, Aurix contra la fobia social... la farmacia está poblada de remedios y los laboratorios se han convertido en los grandes pacificadores sociales de nuestros días gracias a la integración del enfermo democrático”.

06.- MBE. Carencias

La Comunidad Científica de Hipatia, en concreto Raffaella Molena nos afirma: “He experimentado cómo la carencia de una disposición a la investigación convierte, de

⁶⁸ VV. AA. Grupo Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. P. 127.

“Pararse más que un luchar”. Observar. Porque “en una fase regresiva las palabras no cuentan, son los gestos los que comunican”. (VV. AA. Hipatia, 2004, p 70).

Las autoras de VV. AA. Hipatia, están de acuerdo en que existe un exceso de “medicalización” y que cuando se inicia un itinerario de tratamiento, se debería abrir un espacio de investigación en el que tuviera gran importancia el contexto de relaciones y afectos. Es relevante la capacidad de explicitar los objetivos y deseos. (Grupo Hipatia, 2004, p. 28).

⁶⁹ La figura de la enfermera, a menudo, pasa desapercibida sin darle el valor que realmente tiene. La enfermera no sólo administra tratamiento pautado por el médico, sino que proporciona cuidados necesarios para la mejoría o curación del enfermo. Cuidados que suelen pasar desapercibidos en el transcurso de la atención sanitaria y que no somos conscientes del valor que éstos tienen.

hecho, a la medicina en escasamente científica, porque mi psiquiatra no supo/no quiso usar su competencia para curarme a mí, como caso único e irrepetible. Prefirió incluirme, en un esquema ya prefijado de catalogación”. Este tipo de práctica prescinde de la relación y, por tanto, de la investigación, por lo tanto hace a la medicina “escasamente científica”. Esta comunidad científica nos manifiesta que la medicina debe encontrar canales de discusión más generales que los suyos propios.⁷⁰ Pardo Huerta señala “Es necesario enfatizar que una cosa es la medicina científica y técnica y otra, el arte de la medicina”.⁷¹ Según Gómez Esteban, “cuánto más ha extendido la ciencia su dominio sobre el cuerpo biológico, más desposeído ha sido el sujeto de ese cuerpo por el anonimato que le impone esa ciencia, cada vez más sus quejas, sus síntomas y su dolor de vivir desborden las coordenadas científicas”⁷² (Raimbault, 1985). La Comunidad Feminista Hipatia, hace mención de “una sola medicina”, la que pretende cuidar o despertar la conciencia para que el interesado pueda desarrollar sus propios sistemas de curación o mejora.⁷³

Pardo Huerta, explica en su obra, que la carencia de la MBE, está relacionada con que existen una serie de principios o postulados sobre la salud, que no son otra cosa que un conjunto de creencias que se dan por ciertas, como una norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta y, muchas de ellas, son erróneas. Asimismo, el autor nos refleja cómo la enseñanza de la medicina occidental condicionó el comportamiento de los médicos y de otros trabajadores de la salud a orientarse a actividades del ser humano que podían ser observadas y susceptibles de verificación.⁷⁴ Valoración: La

⁷⁰ “Nosotras pensamos , que por su peculiar naturaleza de producto del encuentro o de la relación entre la competencia disciplinar y el conocimiento de sí mismo, la medicina debe encontrar canales de discusión más generales que las de la propia comunidad médica”. (VV. AA. Hipatia, 2004, p. 29).

Lo que aparece como una crisis de la medicina al que observa desde fuera, quién está dentro la está viendo desde hace, al menos, unos veinte años. El médico que decide sobre la vida del paciente es una figura del médico de la mutua a lo Alberto Sordi, o quizá sea una figura todavía más vieja, decimonónica. (Grupo Hipatia, 2004, p. 47).

Uno de los detalles que provoca que la MBE sea escasamente científica, es el uso de dato de laboratorio como única medida de tratamiento. “El dato de laboratorio no representa el alma de la persona”. (Grupo Hipatia, 2004, p. 61).

⁷¹ Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente. 2007. P 31.

⁷² Gómez Esteban, Rosa. El médico como persona en la relación médico-enfermo. 2002, p. 173.

⁷³ “Yo entiendo a ver una sola medicina, ni homeopática, ni alopática, ni fitoterápica, ni ayurvédica, sino que pretenden cuidar o, mejor todavía, despertar la conciencia para que el interesado pueda desarrollar sus propios sistemas de curación o mejora. Esta es la medicina. (Grupo Hipatia, 2004, p. 37).

⁷⁴ “La enseñanza de la medicina occidental condicionó el comportamiento de los médicos y de otros trabajadores de la salud a orientarse a actividades del ser humano que podían ser observadas y

MBE, está basada en un paradigma biologista y organicista, determinando esto, la propia carencia que la MBE nos muestra por sí misma. Otros autores: Larissa Boucourt Rival, en su artículo “Su excelencia: La medicina basada en evidencias, hace referencia a los obstáculos que surgen en la práctica de la MBE: “Con referencia al dominio médico, son muchos y poderosos los obstáculos que se han podido observar; el más importante es que existe, un desconocimiento de la filosofía y de las estrategias de la MBE; el temor a lo desconocido ocasiona férreos sistemas defensivos. Otros no tienen deseo de cambiar los paradigmas preestablecidos, porque los contenidos y las habilidades necesarias para practicarla son intimidatorios, o porque son escépticos del verdadero valor y utilidad de esta práctica”.

07.- Profesionales de la salud: Formación y cualidades

“El trabajo sobre sí mismo debería de formar parte de cualquier formación del médico”.⁷⁵ “Esto es fundamental porque te da la posibilidad de discriminar entre lo que son tus cosas y lo que son cosas del paciente, que tiene derecho a tener delante a una médica que por lo menos no le proyecte encima sus propios males”. Para Gómez Esteban, la buena formación del médico, es un negocio para toda la vida (Platón).⁷⁶ Para esta autora, es igual de importante “saber”, como “saber ser”, para poder “saber estar” y, por lo tanto, “saber hacer”.⁷⁷ Para Laín Entralgo, el acto médico es un encuentro entre dos o más personas que tienen o deben tener en común los mismos objetivos: los de la curación. Este acto médico no sólo posee un carácter personal (entre dos personas) sino que a la vez existe un carácter social, ya que tanto la persona del enfermo como la del médico se encuentran en el seno de una sociedad, que condiciona la forma en la que éstos se encuentran. En palabras de Laín Entralgo, “No parece exagerado decir, que como terapeuta, debe ser a la vez novelista y escultor de una vida ajena: novelista, en cuanto que la inventa; escultor, en cuanto que realiza su invento modificando según arte la naturaleza del enfermo y enseñando a éste la ejecución habitual de dicho modo de vivir”.⁷⁸

susceptibles de verificación. Es la medicina basada en la evidencia que consiste en la integración de la experiencia clínica individual con la evidencia de la investigación científica.” (Pardo Huerta, 2007, p. 7).

⁷⁵ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 59.

⁷⁶ Gómez Esteban, Rosa. El médico como persona en la relación médico-enfermo. 2002, p. 85.

⁷⁷ *Ibid*, p. 83.

⁷⁸ Laín Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. 1969. p. 207-208.

Para Pardo Huerta, el principal problema radica en las carencias que pueden presentar los profesionales de la salud, en cuanto a la relación terapéutica. Entre estas carencias, se encuentran: Falta de reconocimiento de los factores emocionales o de habilidad para manejar las emociones del paciente. Ausencia de conocimiento del papel que tienen en la producción y cura de la enfermedad, los sentimientos, actitudes y conducta del médico. Carencia de valores éticos. Falta de educación y sensibilidad. Manipulación por parte del profesional. Carencia de empatía.⁷⁹ Este autor manifiesta, que el profesional sanitario no debe reducirse a preguntar para rellenar un formulario de identificación, ni a echar una simple ojeada al enfermo, ni a hacer una exploración de rutina, sino que tiene que valorar cuidadosamente los detalles “revelables a los sentidos”: Como dice el aforismo “cuanto mejor se mira, más cosas se ven”.⁸⁰ Pardo señala que la obligación del médico es diagnosticar la enfermedad, pero también darse cuenta del padecimiento del enfermo.

La Comunidad Científica Hipatia apunta que: “... o la presión de nuestras instituciones públicas al evaluar con criterio economicista técnica cuantitativa la “cualidad” asistencial (lo que desbarata cualquier plan de organizar la consulta en términos relacionales)”.⁸¹ Asimismo, esta comunidad se cuestiona que preguntas como: ¿qué es la enfermedad? ¿qué es la salud?, ¿por qué un ser viviente enferma?, ¿Cuándo podemos hablar de curación?, ¿por qué sucede la curación?, ¿qué es el dolor?, “no forman parte de la formación de un médico”.⁸² Pardo Huerta nos menciona en su obra, los recursos que deben utilizar los profesionales de la salud, para conseguir una buena relación terapéutica, destacando los siguientes: Habilidades y conocimientos técnico-sanitarios, personalidad, sensibilidad, honestidad, empatía, carisma. El autor alega, que el paciente elegirá al profesional, en base a esta serie de conceptos.⁸³ Valoración: Está claro que una buena formación dirigida a todos los profesionales sanitarios, va a hacer que la relación terapéutica mejore siempre y cuando, dichos profesionales estén motivados para ello. No debemos nunca proyectar nuestros problemas, cuando estemos atendiendo a nuestros pacientes. Otros autores: Almudena Alférez Maldonado, en su artículo de

⁷⁹ Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente. 2007, p. 35.

⁸⁰ *Ibid*, p. 34.

⁸¹ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 8.

⁸² *Ibid*, p. 54.

⁸³ Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente. 2007. p. 20.

revisión “La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: Saber qué decir y qué hacer”, señala la relación de ayuda como parte del profesional de enfermería, definiendo a dicha relación como “aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos (Rogers, 1996).

08.- *Relación terapéutica*

Para la Comunidad Intelectual Feminista Hipatia, “una verdadera capacidad de lectura relacional, tan importante como la químico-física y una predisposición para la investigación constituyen un patrimonio científico de unos pocos”.⁸⁴ Esta comunidad, afirma de igual manera que, “la deshumanización en el campo médico no es fruto de un exceso de científicidad, sino de un defecto”.⁸⁵ Para Raffaella Pomposelli, miembro de la Comunidad Científica Hipatia, “la relación con mi paciente es el eje del proceso de curación”.⁸⁶ Como apunta Gómez Esteban, la relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento (Lipowski, 1974).⁸⁷ De la misma manera, Gómez Esteban aporta en su obra que la relación médico-enfermo tiene en sí misma un valor curativo y no está fuera de lugar conceder un valor psicoterapéutico a la personalidad del médico durante el tratamiento somático (Bleuler cit. En Luban-Ploza; Poldinger, 1975). Asimismo, Gómez Esteban nos manifiesta en su trabajo, que uno de los trabajos del médico, es hacer que se cree una relación en la que predomine la escucha, por parte de éste. (Klauber, 1991).⁸⁸ Una aportación muy interesante, es la del Grupo Hipatia, cuando nos señalan que se puede observar dos corrientes, en cuanto a la relación. “Una corriente es la que ve en la relación terapéutica esencialmente un lugar en el que se ejercita un poder homólogo al de otras estructuras (ejército, escuela, tribunales, etc.), encargadas del control social. La relación entre médicos y pacientes se presenta por ello como un lugar de sometimiento, que necesita reequilibrarse a través de los instrumentos de la

⁸⁴ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 114.

⁸⁵ “Poner en el centro de la atención sanitaria la relación no significa añadir humanismo a la medicina, sino científicidad”. Miqueo Miqueo, Consuelo. Diálogos Interrumpidos. P. 59.

⁸⁶ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. P. 62.

⁸⁷ *Ibid*, p. 25.

⁸⁸ Gómez Esteban, Rosa. El médico como persona en la relación médico-paciente. 2002. p. 87.

democracia”.⁸⁹ Para Laín Entralgo, “por amistosa que sea, la relación médica es un contrato. Así lo entendió muchas veces la sociedad medieval”. Un ejemplo de esto, son las *Leges Wisigothorum*, que regulan de forma minuciosa las sanciones que podían recaer sobre los médicos en aquella época.⁹⁰

Para Pardo Huerta, la consulta consta de lo siguiente: Debe comenzar con la libre expresión del paciente, continuar con un interrogatorio dirigido por el sanitario, siguiendo la exploración física, con el fin de recabar datos clínicos objetivos. Termina con estudios complementarios. Este autor apunta, que la entrevista en la relación sanitario-paciente, posee un alto valor clínico, siendo la base del éxito de todo lo demás, por lo que: No se le debe escatimar tiempo, debe transcurrir en un clima de empatía y confianza mutua, propicio para la confidencia. Tanto el sanitario como el paciente, deben estar sentados cómodamente, uno frente al otro, con el objeto de que la conversación fluya libremente.⁹¹ En palabras de Laín Entralgo, “entre la Grecia hipocrática y la Edad Media europea se ha producido una novedad de enorme importancia; el nacimiento y la difusión del cristianismo y con ella un cambio radical en la idea y en la práctica de la relación entre hombre y hombre; por tanto, en la idea y en la práctica de la amistad”.⁹² Pardo Huerta, opina en su obra que para obtener el éxito profesional no basta con poseer amplios conocimientos sanitarios, la mejor tecnología, una consulta lujosa o aplicar las técnicas más modernas del marketing, hace falta mucho más.

Gómez Esteban refleja en su obra que en 1997, Rubio Sánchez planteaba: “Muchos investigadores no satisfechos con el conocimiento científico natural de la enfermedad han creído que el mejor tratamiento del hombre enfermo exige el conocimiento comprensivo del médico, del enfermo y de su interacción en el marco de la sociedad en

⁸⁹ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 23.

⁹⁰ Laín Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. 1969. p. 77.

⁹¹ La primera impresión que se tiene es importante para los dos, tanto para el profesional como para el paciente. El paciente se forma un criterio acerca del profesional y qué puede esperar de él. (Pardo Huerta, 2007, p. 29).

⁹² Para que se logre la amistad entre médico y paciente a la que hacía alusión los antiguos griegos, hay que vencer numerosos obstáculos que van apareciendo en cada situación histórica y social. Ejemplo de obstáculos a lo largo de la historia son: repetidos desde la antigua Grecia (desmedido afán de lucro, dogmatismo deshumanizado, pereza o mal humor, todos ellos provenientes del médico). En cuanto al paciente (intemperancia, egoísmo extremado). Provenientes de la situación en que la relación se constituye (veneración supersticiosa de Asclepio, en la Grecia Antigua, superstición seudocristiana en la Edad Media). Espíritu pleitista y abusiva conciencia de derecho, en nuestro tiempo.

que se desarrolla”. Según Célérier, mejorar la relación no es limitarse a renovar las recetas. Como comenta la autora, escuchar, en muchas ocasiones, puede evitar la ingestión de más de un fármaco. En palabras de Célérier, ¿acaso cualquier inquietud, irritabilidad, o depresión, merecen ser calmadas de inmediato tomando unos fármacos?. Los llantos, la agitación y los gritos de los niños, ¿acaso tienen que ser borrados de este modo para mayor tranquilidad de los padres?.⁹³ ¿Acaso no se tendría que buscar la causa de los mismos para remediarlos?. Inducimos a niños y padres a una apetencia toxicómana que, ante el menor sufrimiento psíquico, les hará buscar una droga calmante. Como afirma Célérier, “en todos los casos de perfiles, el diálogo es necesario si queremos buscar, de acuerdo con el paciente otras soluciones”. La autora nos comenta en su obra, que el seguimiento del tratamiento depende mucho de la relación establecida entre médico y enfermo. Cuando existe confianza mutua durante la entrevista, es casi seguro que los enfermos sigan las pautas, incluso si vinieran con ideas ya establecidas. Cuando la conversación está bien encauzada y se han hablado todas las cuestiones relevantes, se comienza la relación terapéutica, es decir, ya empiezan a surgir los aspectos terapéuticos con el inicio de que el enfermo inmediatamente se encuentra mejor anímicamente, para empezar a hacer frente a las pautas indicadas. Según la autora, funciona 9 de cada 10 veces.⁹⁴ Como sigue señalando Célérier en su trabajo, cuando la pruebas van unidas a una buena entrevista con el enfermo, la dirección seguida va a ser, por regla general, la que lleve a un buen diagnóstico y, por tanto, a la correcta elección del tratamiento.

Como bien nos explica La Comunidad Científica Hipatia, “se debe situar en el centro de la atención la relación terapéutica, que es el momento y el lugar en el que se produce la mediación entre el conocimiento disciplinar, basado en los grandes números y la persona particular, con su cuerpo y su historia única e irrepetible; teniendo siempre presente que esta mediación no sucede en una relación aséptica entre teoría y práctica, sino en una relación directa y dispar entre personas”.⁹⁵ De esta misma forma, dicha comunidad, nos detalla que “la relación terapéutica es una bisagra esencial en la cual se unen la investigación científica y la clínica, jugándose la medicina la posibilidad de ser

⁹³ Maire-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999. p. 235.

⁹⁴ *Ibid*, p. 70.

⁹⁵ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 26.

verdaderamente una ciencia, porque entran en liza dos competencias: la de quien cura y la de quién solicita ser curado”.⁹⁶ Gómez Esteban plasma en su obra que “hacer hablar al enfermo es, para el profesional, el instrumento que posibilita el trabajo de observación y para el enfermo, lo que permite el insight y la elaboración (Ingala, 1997). Según Laín Entralgo, cualquier médico que esté bien preparado y que sea digno de su profesión sabrá entablar con sus pacientes una relación adecuada y, por tanto, dirigida al objetivo de curar o mejorar la salud, salvando cada obstáculo que pueda aparecer durante dicha relación, ya sea personal o social. Como nos comenta el autor en su obra, la relación entre el médico y el enfermo está condicionada por la circunstancia histórica y social en la que ambos se encuentren. También por la actitud personal del paciente ante su enfermedad y ante su médico y de la posición de éste ante la forma de asistir a dicho paciente.⁹⁷ Por otro lado, Gail Stuart, afirma que la negociación es primordial en cualquier momento en el que se establece la relación con un paciente, pero en el caso de enfermos psiquiátricos, este concepto aumenta de valor, ya que toda la relación va a girar en torno a una negociación entre el profesional y dicho paciente.⁹⁸

Pardo Huerta habla de sintonía con el paciente. En palabras del autor, se trata de hacer uso de la inteligencia interpersonal, que con frecuencia para el profesional es igual o mucho más importante que la brillantez académica, el uso del aparato de moda, o el consultorio de lujo, porque determina el éxito en el trabajo, basado en el desarrollo de la capacidad de ser empático y de manejar las relaciones interpersonales. Esto se logra con rapport o sintonía (establecimiento de una relación de confianza y armonía con los pacientes), estar en la misma onda, estar sintonizado con él. Pardo Huerta menciona

⁹⁶ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 25.

⁹⁷ Laín Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. 1969. p. 243.

⁹⁸ “El personal de enfermería funciona como modelo para sus pacientes”. (Gail W. Stuart, 2006, p. 19).

Las personas que ayudan influyen de manera importante sobre aquéllas que son ayudadas. (Gail Stuart, 2006, p. 19).

“El personal de enfermería permite al paciente que exprese pensamientos y sentimientos y los relacione con las conductas observadas y descritas, aclarando áreas de conflicto y ansiedad”. (Gail Stuart, 2006, p. 16).

En cuanto a la relación que se establece con un paciente psiquiátrico, ésta adquiere mayor relevancia, puesto que es el instrumento clave para resolver los problemas de salud. Los objetivos de la relación terapéutica están dirigidos hacia el crecimiento del paciente. En este tipo de relación, se incluye el concepto de “autoaceptación”. “Es una experiencia correctora emocional para el paciente”. (Gail Stuart, 2006, p. 15). “Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones”,

algo muy relevante: “todo el comportamiento está basado en un sistema de creencias; por tanto las creencias son básicas para la salud” (Dilts, 1996).⁹⁹

“El diálogo informal y escueto que permite el conocimiento incipiente dista mucho del “interrogatorio” médico clásico relativo a los antecedentes, al nº de hijos, a la cantidad de gramos de alcohol y cigarrillos consumidos al año”¹⁰⁰ Y añade que muchas veces, el enfermo no sabe ni cuantificar y que nos creemos en la literalidad, anotando en el “historial estadístico”. “Estas preguntas, por la concreción de respuestas exigidas y su grado estadístico de calibre del peligro, están eliminando la otra forma de proceder”. ¹⁰¹Pardo Huerta define muy bien la importancia de la relación terapéutica, cuando nos explica que el éxito de ésta, depende de factores poco perceptibles, que no se enseñan en las facultades y que el profesional sanitario debe descubrir y aplicar “para que su potencial no se malogre en la mediocridad”. O más aún, que éste no llegue a dar la talla como debiera. En 1995, Daniel Goleman, investigador, propuso el enfoque de la Inteligencia Emocional. Con esta inteligencia, el investigador se refería a cómo conocer las emociones propias y las ajenas, para guiarlas de forma adecuada, así como controlarlas para conseguir objetivos. Así como reconocer y manejar las emociones de los demás, “cualidad propia de la empatía” y tener la “habilidad de adaptación”. ¹⁰²Como afirma Pardo Huerta, la relación terapéutica es una relación compleja y controvertida, determinada por múltiples factores (económico, social, religioso, mágico, técnico, científico, político, ético, jurídico, vivencial, pero fundamentalmente humano, con un objetivo común: “La salud”. Ya en los años 1918 a 1922, varios discípulos de Freud (Groddeck, Ferenezi) tenían en consideración el aspecto psicoanalítico de algunas enfermedades orgánicas; “La medicina antropológica” de Víctor Von Weizsacker; la “medicina psicosomática” del mundo anglosajón, por mencionar a éstos, entre otros. Y así, la progresiva formación de una nueva mentalidad del médico: “Cada vez más convencido de que sin la introducción sistemática de métodos psicológicos y sociológicos en el quehacer clínico no puede ser científicamente

⁹⁹ “Haga que su paciente crea”. “El ser humano consigue aquello en lo que cree”. (Pardo Huerta, 2007, p. 70).

¹⁰⁰ Marie-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999, p. 29.

¹⁰¹ Idem.

¹⁰² Aspectos incondicionales que se deben de dar cuando se establece la relación terapéutica.

entendido y tratado el enfermo.¹⁰³ Laín Entralgo refleja de la misma forma, que los enfermos tienen una respuesta afectiva hacia la enfermedad. Esta idea, también la trabaja Urraca Martínez (1991), quién considera que los pacientes, por encima de todo, son personas que se emocionan y sienten, que presentan características de inseguridad, vulnerabilidad e indefensión. Este autor señala, dos estereotipos sociales con relación al enfermo: el “bueno”, que es sumiso y poco crítico y el “malo”, que pide información, atención y comunicación.¹⁰⁴ Valoración: Esta cuestión es la base de todo este proyecto. La relación terapéutica debe existir siempre de forma incondicional, en todo encuentro que se produzca entre el paciente y el profesional sanitario. Otros autores: Noreña Peña AL, Cibanal Juan L y Alcaraz Moreno N, en su artículo “La interacción comunicativa en el cuidado de la salud”, hacen referencia a los conceptos y premisas que fundamentan la lógica relacional humana, así como las distintas dimensiones.

09.- *Expectativas del enfermo*

Para Laín Entralgo, “el médico no pertenece para el paciente al mundo del proyecto, sino al mundo de la esperanza”.¹⁰⁵ Teniendo conciencia plena sobre el significado de este párrafo y haciendo uso de la famosa y poco utilizada “empatía”, ¿no es cierto que dicho párrafo conmueve?. Gómez Esteban nos refleja que: “el paciente, aún consciente de la gravedad de su situación, puede recuperar la salud simplemente a través de la fe en el buen hacer de su médico”. (Hipócrates, cit. En Meichenbaum et al. , 1991). Como nos aporta Célérier, la dificultad para cualquier médico durante el primer contacto, radica en saber qué imagina el enfermo y cómo debe responder a las expectativas de éste. Para ello, se debe establecer un vínculo adecuado. Esta autora, reflexiona sobre cómo el encuentro entre el médico y el paciente, debe tener ya, desde un principio, cierta dosis de seducción recíproca.¹⁰⁶ Como bien afirma Laín Entralgo, “El médico que aspire a la perfección de su arte debe, por supuesto, interrogar detenidamente al enfermo, pero más aún debe esforzarse por lo que el enfermo no puede decir, lo que con mudo lenguaje

¹⁰³ Laín Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. 1969, p. 144-145.

¹⁰⁴ Estos estereotipos se siguen reflejando hoy, en la actualidad. ¿Quién no ha escuchado alguna vez durante su práctica profesional, que un enfermo no es “bueno”, porque está preguntando sobre su problema, así como tratamiento de salud?.

¹⁰⁵ Laín Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. 1969. p. 177.

¹⁰⁶ Maire-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999, p. 31.

dice su cuerpo a quien técnicamente sabe contemplarlo”.¹⁰⁷ Para Célérier, el enfermo no se basa en criterios objetivos a la hora de juzgar a su nuevo médico, sino en la parte imaginaria proyectada en él en función de unos elementos más afectivos y sensitivos que racionalizados.¹⁰⁸ Gómez Esteban, plasma en su obra la siguiente definición: “La relación médico-paciente es una relación de poder, relación social instituída, que reproduce otras relaciones de clase y en la que el enfermo establece un vínculo a través del dolor, con un sometimiento al médico que se manifiesta por la ausencia de preguntas al mismo” (Bauleo, 1976). Aquí el problema es que todas las aportaciones de los autores y autoras me parecen relevantes. Esta última, la ausencia de preguntas desde el paciente hacia el sanitario, provoca serias consecuencias a lo largo de la evolución de la enfermedad y del tratamiento de ésta. Otros autores como Raúl José Alcázar Olán en su artículo “Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones”, menciona que uno de los objetivos de su estudio, era conocer las expectativas que tenían los pacientes, antes de su primera entrevista¹⁰⁹.

10.- *Curación*

Según Laín Entralgo, “en el caso del arte de curar, la perfección se lograría, según Platón, individualizando razonablemente el diagnóstico y el tratamiento del enfermo; esto es, procediendo como en Atenas procedían los médicos libres – los verdaderos técnicos de la medicina- cuando trataban a pacientes libres.”. Tres recursos principales les permitían esa fina individualización: la ilustración médica del enfermo, la persuasión verbal y la adecuación biográfica.¹¹⁰ Célérier nos comenta, que para que la curación se lleve a cabo de forma idónea “si quiere ser eficaz, el médico ha de gustar a su enfermo”.¹¹¹ Valoración: Una atención individualizada, hace que cada enfermo sea atendido de la forma más correcta a su situación concreta. Todos los profesionales de la salud deberíamos de llevarla a cabo, con el objetivo principal: La curación. Otros

¹⁰⁷ Los principales motivos que determinan cómo va a ser la relación médico-enfermo, son (personales, tanto del médico como del enfermo y sociales relacionados con el enfermo y con el médico). Existen otros motivos relacionados con la propia relación. (Laín Entralgo, 1969, p. 220-222).

¹⁰⁸ “El enfermo no se basa, por lo tanto, en criterios objetivos a la hora de juzgar a su nuevo médico, sino en la parte imaginaria proyectada en él en función de unos elementos más afectivos y sensitivos que racionalizados”. (Célérier, 1999, p. 36).

¹⁰⁹ Alcázar Olán, Raúl José. Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, vol. 30, No. 5, 2007.

¹¹⁰ Laín Entralgo, Pedro. *El médico y el enfermo*. 1969., p. 31.

¹¹¹ Maire- Claire, Célérier. *El encuentro con el enfermo*. 1999, p. 32.

autores: Los autores Vidal Blan, Adamuz Tomás y Feliu Baute, en su artículo “Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera”, mencionan que para que se pueda dar la mejoría individual o curación es fundamental el establecimiento de la relación terapéutica.

11.- Dualismo psicosomático: Búsqueda

Gómez Esteban nos señala de forma clara que “hay que buscar con más ahínco al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre; cada enfermo es un mundo, pero lo es porque cada hombre es diferente a los demás, en tanto que la enfermedad es siempre igual a sí misma”. (Laín Entralgo, 1978). Como bien nos aporta la autora, “cuando el médico sólo puede ver el cuerpo del paciente como un campo de regularidades o alteraciones biológicas, niega, como recuerda Bleger (1971) que el cuerpo es también una de las pantallas en las que el sujeto puede expresar sus vínculos y sus conflictos psicológicos y sociales”.¹¹² Gómez Esteban nos hace hincapié en que el discurso médico no es un discurso sobre el hombre sino sobre la enfermedad. Existe un rechazo del discurso del enfermo. Al dejarlo de lado, quedan fuera elementos de interés como la angustia, el dolor, el sufrimiento, etc. “El médico se siente desprovisto de recursos, tanto para dar una explicación científica sobre ellos, como para tratarlos” (Clavreul, 1978).¹¹³ Célérrier nos informa sobre cómo nos encontramos con un sistema que se preocupa más por atender a las propias enfermedades, en detrimento de los propios enfermos. Enfermedades encasilladas en códigos y protocolos, olvidados de lo más esencial: la persona como sujeto único, singular, con experiencia propia. Como afirma la autora “en cuanto comprendía que la medicina que utiliza las últimas técnicas en los hospitales era refractaria a la hora de tener en cuenta el aspecto psicosomático de la enfermedad y que los psicólogos y los psicoanalistas que no eran médicos no sabían mucho acerca de las enfermedades de etiología somática, pensé que la medicina general seguía siendo el mejor terreno de encuentro para los problemas somáticos y psíquicos”.¹¹⁴ Valoración: En el siglo que nos encontramos, deberíamos ver con claridad, que el sujeto debe de tratarse de forma integral, siendo esto, el tratamiento

¹¹² Gómez Esteban, Rosa. El médico como persona en la relación médico-paciente. 2002, p. 53.

¹¹³ *Ibid*, p. 136.

¹¹⁴ Es necesario observar la enfermedad desde un “dualismo psicosomático”. De lo contrario, la atención sanitaria sufrirá de enormes carencias.

tanto de lo somático como de lo psicosomático, ya que son conceptos que no se pueden separar. Otros autores: Los autores Antonia Lemos Hoyos, Diego Alveiro Restrepo Ochoa y Camila Richard Londoño, en su artículo “Revisión crítica del concepto psicosomático a la luz del dualismo mente-cuerpo”, concluyen su trabajo mencionando la necesaria revisión de las posiciones dualistas y la incorporación de una nueva mirada de las nociones de salud y enfermedad “a partir de la cual el concepto psicosomático se hace redundante”.

12.- *Historia de la relación terapéutica:*

Laín Entralgo nos hace referencia a que en la Edad Media, se incorporaron unos conceptos que realizaron cambios en la relación médico-paciente. Estos términos fueron – en palabras del autor – “la proximidad y la amistad”.¹¹⁵ Por otro lado, Platón nos hace ver que el tratamiento de los esclavos griegos era distinto al que recibían los hombres libres de Atenas. Para Aristóteles, la relación de amistad verdadera, depende siempre de un “lo que”. Esto significa que una verdadera amistad con un amigo no existe por ser él quien es o el que es, “sino por ser él lo que es”.¹¹⁶ Laín Entralgo, en su obra, señala que “el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad” (Platón, lisis (217a). “Dónde hay philanthropíe (amor al hombre en cuanto al hombre), hay también philotekhníe (amor al arte de curar)”- proclama una famosa sentencia, helenística ya, de los Precepta hipocráticos (L.IX, 258). Como sigue afirmando el autor, “antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo es, o debes ser, amistad, philía.”¹¹⁷ Para los antiguos griegos, ésta, la philía constituye el fundamento de tal relación”. Para que se logre la amistad entre médico y paciente- continúa Laín Entralgo- a la que hacía alusión los antiguos griegos, hay que vencer numerosos obstáculos que van apareciendo en cada situación histórica y social. Ejemplos de obstáculos a lo largo de la historia son: repetidos desde la antigua Grecia (desmedido afán de lucro, dogmatismo deshumanizado, pereza o mal humor, todos

¹¹⁵ “La vinculación entre el médico y el paciente tiene como fundamento, cuando es correcta, la amistad entre ellos; más precisamente un modo de la amistad-la “amistad médica”- en el cual uno de los amigos, el médico, pone su voluntad de ayuda técnica y el otro, el enfermo, su menesterosa confianza en la medicina y en el médico que le atiende. Cuando no es así, algo va mal en el ejercicio público o en el ejercicio privado del arte de curar”. (Laín Entralgo, 1969, p. 149).

¹¹⁶ Laín Entralgo, Pedro. El médico y el enfermo. 1969, p. 20.

¹¹⁷ *Ibid*, p. 53.

ellos, provenientes del médico). En cuanto al paciente (intemperancia, egoísmo extremado). Provenientes de la situación en que la relación se constituye (veneración supersticiosa de Asclepio, en la Grecia Antigua). Superstición seudocristiana, en la Edad Media, espíritu pleitista y abusiva conciencia de derecho, en nuestro tiempo. Secularización: Esta nueva época, indica que el médico ha dejado de tener la imagen del simple “servidor de la naturaleza a través del arte”, concepto que tenían los asclepiadas hipocráticos. En estos momentos de secularización, el médico se siente educador, tutor y escultor de la propia naturaleza. Se siente dueño de ésta.¹¹⁸ Valoración: Todo lo citado anteriormente, nos puede hacer pensar en la actualidad: ¿se continúa, en cierta medida, manteniendo este tipo de diferencias en cuanto al trato entre los diversos pacientes en nuestra sanidad? Otros autores: Barbado Alonso, Aizpiri Díaz, Cañones Garzón, Fernández Camacho, Goncálvez Estella, Rodríguez Sendín, De la Serna de Pedro y Solla Camino, en su artículo “Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente”, tratan la relación médico-paciente comenzando por un recorrido histórico, haciendo referencia a la visión hipocrática y galénica.

13.- *Enfermedad*

Una buena crítica de la teoría universal de enfermedad se halla en el texto de la comunidad científica Hipatia: “Todas las broncopulmonías, incluso las virales se curan con un antibiótico tomado según esquemas precisos por horas y por días, idéntico para todos los individuos. Esta prescripción da una seguridad increíble, pero si el médico sigue la bronquitis como si fuera separada, aislada de la persona, se olvida de la persona, de su totalidad y complejidad que ha producido la enfermedad”.¹¹⁹ Asimismo, dicha comunidad apunta que a ningún médico se le enseña a indagar porqué una persona produce una bronconeumonía. También nos aportan que incluso una enfermedad puede ser útil para dar identidad y los síntomas pueden proporcionar ventajas secundarias de tipo adaptativo en las que refugiarse, como defensa.¹²⁰ Célerier menciona que en

¹¹⁸ “El amor del médico moderno secularizado a la medicina es el resultado de la secularización de esa ambiciosa manera de entender el “arte de curar”. El médico ve ahora su saber como una constante creación de hazañas que le permiten penetrar asintóticamente en la realidad del hombre y gobernarla técnicamente desde arriba”. (Laín Entralgo, 1969, p. 112).

¹¹⁹ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 57.

¹²⁰ De ahí la importancia que le presta esta comunidad científica a saber cuál es la intención del enfermo, cuando demanda asistencia sanitaria.

cuanto a identificar cualquier enfermedad, la experiencia va a hacer que el profesional sanitario se desenvuelva con más criterio, pero que existe un componente muy importante que es el que no se memorizó. “Las pistas surgen solas cuando las personas te cuentan, incluso antes de examinarlas”.¹²¹ Considero que indagar el porqué enferma un sujeto, nos daría las claves para evitar que éste volviera a enfermar. Aplicando una asistencia que conlleve la “totalidad del individuo”, nos dará las pistas para averiguar, porqué en un enfermo se produce una interrupción de su estado de bienestar. Otros autores como Gibbs W. Wayt, en el artículo 242 de la revista científica *Investigación y Ciencia*, explica que algunos de los obstáculos que pueden impedir una atención profesional ideal pueden ser: errores de diagnóstico, desconocimiento de los últimos avances, la falta de interés y las dificultades económicas.

14.- Escucha activa

Célérier refleja en su obra, que escuchar de forma activa, el tiempo necesario durante “ese encuentro” con el enfermo, nos permitirá no sólo saber los gramos de alguna sustancia que consume, sino la relación que éste mantiene con el alcohol, tabaco, etc, la calidad de su vida, tristezas, ansiedades que, en ocasiones, son precursoras de la sintomatología que manifiesta cuando pide atención sanitaria.¹²² Asimismo, la autora especifica que “Escuchar a los enfermos, intentar comprender lo que les desasosiega y entablar con ellos una relación de confianza que les permita aceptar de manera secundaria una terapéutica que habrían rechazado en un principio, es parte del papel del médico”. Gómez Esteban: “Escuchar el mensaje del paciente es el sine qua non de un gran médico” (Pickering, 1978). Comunidad Científica de Hipatia: “A través de la conversación y de la escucha intento comprender qué resonancia emotiva tiene ese colesterol en esta persona, que necesidad tiene de bajarlo, si está dispuesta o no a hacer cambios en su propia vida para obtener este resultado, si su demanda del fármaco anticolesterol tiene otro significado...”. Raffaella Pomposelli: “Mi competencia es la de escuchar lo más posible, sin prejuicios a la/el mi paciente y tomar como dato precioso el modo suyo de enfermar; sus síntomas, en aquel momento histórico, expresan su estilo

¹²¹ Marie-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999. p. 164.

¹²² En la entrevista, la escucha activa es fundamental. Cuando las pruebas van unidas a una buena comunicación con el enfermo, la dirección seguida va a ser, por regla general, la que lleve a un buen diagnóstico y, por tanto, a la correcta elección del tratamiento. (Célérier, 1999, p. 57-59-60).

personal de compensar, reaccionar o sucumbir ante un determinado estrés”.¹²³ De todos los temas/ subtemas, me parece más interesante a resaltar el que trata sobre la labor enfermera de Daniela Riboli. Esta enfermera, que pertenece a la Comunidad de Hipatia, comenta como una noche, una paciente muy deteriorada, paseaba por el servicio sin poder dormir. Ella se acerca a la paciente, con el ánimo de escucharla. La paciente le contó a Daniela durante horas, situaciones sobre su vida. Cada vez se iba tranquilizando más y, cuando la paciente se fue a dormir, Daniela pensó: “Y pensar que habría podido darle una pastilla e inducirla al sueño volviendo yo también a relajarme en la lectura”.¹²⁴ La conclusión es evidente: la necesidad de una escucha activa cuando se establece un encuentro con el paciente. Sin esta escucha activa, el objetivo de la relación terapéutica fracasa, ya que perdemos información esencial sobre todo lo relacionado con el paciente, con el fin de mejorar o curar su enfermedad, o padecimiento. Otros autores: Raquel Ramón García, Maria P. Segura Sánchez, Maria Palanca Cruz y Pablo Román López, en su artículo de revisión “Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar”, hacen referencia a la importancia de la “escucha activa” para poder comprender las peticiones de los familiares, así como las dudas de la situación de su familiar.

15.- *Lenguaje no verbal*

Gail W. Stuart nos informa sobre que se ha estimado que alrededor del 7% del significado es transmitido por palabras, el 38% por señales paralingüísticas tales como la voz. Asimismo nos señala, que el 55% restante, por los gestos corporales.¹²⁵ De aquí, la importancia de saber observar e interpretar, el lenguaje no verbal. La comunidad científica Hipatia afirma que cuando un enfermo, debido a su situación se encuentra vulnerable, saber leer lo que nos quiere decir, por medio del lenguaje no verbal, es imprescindible para conseguir un acercamiento hacia él. Porque en esta fase de regresión, en muchas ocasiones, las palabras no fluyen como fluirían en cualquier otro momento en el que el enfermo conservara su buen estado de salud. Como aporta la comunidad intelectual, en esta fase son los gestos del paciente los que más comunican.

¹²³ VV. AA. Hipatia. Dos para saber, dos para curar. 2004. p. 62.

¹²⁴ *Ibid*, p. 94.

¹²⁵ Gail W. Stuart. Manual de Enfermería Psiquiátrica. 2006. pág. 25.

Gail Stuart: “Todos los tipos de mensajes no verbales son importantes”.¹²⁶ Este autor puntualiza, que tiene una gran influencia a la hora de interpretar el significado de la conducta no verbal, la procedencia sociocultural del paciente. Pardo Huerta añade: “La información de más alta calidad que el sanitario puede obtener del paciente es conductual, en oposición a la verbal”.¹²⁷ Célérier nos comenta que tanto la actitud del cuerpo, como las pausas y los silencios; el vocabulario que utiliza el paciente, son componentes esenciales que van a permitir abordar la problemática de la persona que pide ayuda en la consulta. Gómez Esteban afirma de la misma manera la importancia del lenguaje no verbal.¹²⁸ En síntesis, todos los autores coinciden sobre la gran importancia que tiene que el profesional sanitario sepa interpretar adecuadamente lo que el paciente transmite al margen de lo que explica con el lenguaje verbal. Otros autores como Elena Álvarez de Arcaya Ajuria en “La comunicación no verbal. Interrelaciones entre las expresiones faciales innatas y las aprendidas”, realiza un estudio con abordaje de la comunicación no verbal, analizando si los componentes observables en dicha comunicación no verbal, son innatos o, por el contrario, adquiridos de la cultura¹²⁹.

16.- *Modelo maternal de relación terapéutica*

Célérier trata la cuestión sobre la importancia de escuchar las vivencias de los adolescentes y nos habla sobre la figura del médico de cabecera, casi imprescindible para detectar problemas en la adolescencia. “El médico de cabecera puede desactivar muchos dramas”.¹³⁰ En ocasiones, saltarse este eslabón de la cadena, en el caso de los adolescentes, puede ser perjudicial. (Resalta la autora). Célérier, apunta que en determinadas ocasiones, los adolescentes no confían en sus padres y que el médico de cabecera sirve de apoyo para dichos adolescentes, como por ejemplo en el tema de la sexualidad.¹³¹ La autora nos informa sobre lo que puede esconderse tras la obesidad en

¹²⁶ Idem.

¹²⁷ Pardo Huerta, Carlos. El arte de entender al paciente. 2007. p. 47.

¹²⁸ Gómez Esteban, Rosa. El médico como persona en la relación médico-paciente. 2002. p. 45.

¹²⁹ Álvarez de Arcaya Ajuria, Elena. La comunicación no verbal. Interrelaciones entre las expresiones faciales innatas y las aprendidas. Gaceta de Antropología 2003; 19 (19): ultimo acceso 19 marzo 2013: http://www.ugr.es/~pwlac/G19_19Helena_AlvarezDeArcaya_Ajuria.html

¹³⁰ Marie-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999, p. 153.

¹³¹ *Ibid*, p. 148.

el niño.¹³² Asimismo, puntualiza que la relación terapéutica tendría que asemejarse a la relación madre-hijo, con el fin de buscar una similitud en el vínculo afectivo a establecer.¹³³ La comparación que realiza Célérier sobre la relación terapéutica y la que se establece entre madre e hijo, es comparable en términos de protección y afectivos, con la intención de que dicha relación terapéutica se realice en un contexto de armonía y preocupación por el “otro”. En la revista Española de Comunicación y salud, C.J. Van-Der Hofstadt Román refleja bien que una relación interpersonal debe estar compuesta por respeto a los demás, cortesía, educación, simpatía y un buen uso del sentido común¹³⁴.

¹³² Maire Claire, C. El encuentro con el enfermo. 1999. p. 158.

¹³³ Maire-Claire, Célérier. El encuentro con el enfermo. 1999, p. 109.

¹³⁴ Van-Der Hofstadt Román, CJ. La formación en comunicación personal: Del arte a la técnica y volver a empezar. Rev Esp Com Salud 2011; 2 (1): 62-66.

V. LITERATURA DE INVESTIGACIÓN SOBRE RELACIÓN TERAPÉUTICA

Con el objeto de explorar la importancia social y científica del tema de la relación terapéutica en la comunidad científica española, así como los profesionales interesados en ello, hemos revisado la literatura circulante en las bases de datos *Indice de Ciencias Sociales* (ISOC) e *Indice Medico español* (IME). Especialmente nos ha interesado caracterizar la evolución cronológica de la producción científica en este tema para saber su tamaño y ritmo de crecimiento y, en especial, los grupos de investigación o áreas científicas especialmente dedicadas. También hemos observado los temas o problemas tratados en su conjunto, así como los descriptores habitualmente utilizados para su codificación en ambas bases de datos. Se trataba de verificar o refutar, el interés social, la relevancia y la pertinencia de este problema de investigación y de fundamentar una futura investigación en esta línea.

Metodológicamente, hemos procedido con la mayor simplicidad y eficacia utilizando el descriptor más adecuado y específico, “Relación terapéutica”, sin precisar filtros ni búsquedas combinadas para el perfil de búsqueda. La misma palabra clave ha resultado ser eficaz en ISOC e IME, tras comprobar su uso habitual por las comunidades científicas afectadas y ser el descriptor elegido por dos bases de datos tan distintas, de ciencias médicas (IME) y ciencias humanas y sociales (ISOC), para codificar los artículos de revista referidos a la relación terapéutica.

Los datos cuantitativos que se presentan en las gráficas del Anexo describen separadamente la cronología de la producción científica en una y otra comunidad científica: por una parte, la producción filosófica, antropológica, histórica, filológica, predominante en una, y la sanitaria, en otra, distinguiendo específicamente la médica de la enfermera. Hemos hallado un total de 119 artículos, de los que 93 circulan en ISOC y sólo 26 en IME, comenzando su publicación normalmente o sin retraso significativo en 1979 (IME) y 1982 (ISOC).

Como se puede apreciar en la Gráfica nº 1, la producción científica circulante en ISOC es baja, un artículo por año en 1982, 1987, 1989, 1994, 1995 y 2006, detectándose el pico más alto en el año 2004, con un total de 10 artículos publicados. Se observa un interés creciente puesto el promedio de artículos por año en la década del 2000 es superior a la década anterior pero predomina la estabilidad, no pudiendo apreciarse en

este caso la típica curva in crescendo de los temas emergentes. Tampoco la imagen de IME (Gráfica nº 2) revela que nos hallemos ante un tema de moda, aunque es visible el incremento de número de artículos por año en el periodo 2002-2007, sin que la información de autoría o la institución responsable delate ningún fenómeno que lo explique.

La evolución cronológica muestra que se trata de un campo de investigación estable pero progresivo no tanto por el crecimiento del número de artículo por año, como porque los títulos y descriptores de los artículos de la última década se refieren a espacios técnicos cada vez más precisos, como la alianza terapéutica o el apego terapéutico.

Las áreas científicas interesadas por la relación terapéutica son diversas, como era de esperar y proceden del campo de las ciencias de la salud, humanas y sociales, mostrándose algunas diferencias en la imagen que proporciona ISOC e IME. El diagrama de sectores (gráfica nº 3 del Anexo) muestra las áreas científicas que tratan el problema de la relación terapéutica en la base de datos ISOC durante el periodo temporal indicado, observando el predominio de la Psicología que dobla en nº de artículos de Medicina (59 y 29), seguidos de Sociología (4) y Enfermería (1), no hallando ninguno de Antropología o Filosofía ni de Historia. La Gráfica nº 4 representa el fenómeno en IME. Las áreas científicas son las que se pueden apreciar en dicho diagrama, con un resultado de artículos publicados por área de: Medicina 18, Enfermería 1, Psicología 7, Sociología 0, Antropología 0 y Filosofía 0.

Los temas tratados en este período en los artículos publicados en revistas ISOC se pueden clasificar en cuatro tipos, en los que predominan los relativos a la propia relación terapéutica desde el punto interpersonal y sanitario. También se ha publicado sobre problemas familiares y sobre el peculiar esfuerzo que significa la relación con pacientes especiales, de oncología, salud mental y otros. Los descriptores utilizados para su codificación son: relación interpersonal y relación terapéutica, relación terapéutica y habilidades del profesional, relación terapéutica, poder y autoridad, factores personales en la relación terapéutica, alianza terapéutica, apego, salud mental y relación terapéutica. Al segundo grupo pertenecen: trastornos del lenguaje y relación terapéutica, pacientes difíciles y relación terapéutica, la relación terapéutica y el paciente oncológico, la comunicación en cuidados paliativos, sugestión y relación terapéutica,

Mindfulness y relación terapéutica, relación terapéutica y adherencia al tratamiento, ética y relación terapéutica y la relación terapéutica; consideraciones epistemológicas sobre un debate actual. Conflictos familiares y relación terapéutica, los niños, adolescentes y la relación terapéutica.

Los problemas analizados en los artículo indexados en IME fueron completamente diferentes, como era de esperar: cocaína, alcohol, trastornos de la personalidad e intervención psicológica, satisfacción del paciente en cuanto a relación terapéutica, médico de familia y su abordaje con el VIH, histerectomía y relación terapéutica, psicoterapia y el síndrome de Down, factores personales en la relación terapéutica, reflexiones en torno a la relación terapéutica, las emociones en la entrevista en Psicooncología, drogodependencias juveniles y la relación familiar, los padres de niños autistas y la relación terapéutica, la relación terapéutica entre profesionales de la salud y los pacientes, la relación terapéutica en el hospital psiquiátrico, la relación terapéutica y modalidades de psicoterapia individual. Como puede verse, predominan los temas psicoterapéuticos y la relación terapéutica de los pacientes de salud mental, hallando casi tantos trabajos del ámbito hospitalario como de atención primaria o especializada.

El análisis detenido de sus objetivos, resultados, alcance y limitaciones, en comparación con la literatura producida en otros países de nuestro entorno europeo e iberoamericano, constituye el centro de la atención de nuestros futuros estudios.

VI. CONCLUSIONES

1. El problema de una buena relación terapéutica no es nuevo, ni tampoco está de moda. Ya partíamos del supuesto de que a los profesionales de la salud no nos basta con poseer amplios conocimientos sanitarios o la mejor tecnología, ni las mejores técnicas, sino que una correcta atención al paciente es condición *sine qua non* del éxito profesional y terapéutico.

2. El *corpus* utilizado en el estudio -cinco monografías, una guía terapéutica y un manual universitario- ha permitido construir el marco conceptual subyacente, es decir, el conjunto de conceptos, categorías analíticas, recursos intelectuales, valores y creencias a los que se puede “reducir” el discurso contenido en las obras de síntesis objeto de estudio: Comunicación, Empatía, Singularidad, Dolor, Medicalización, MBE: Carencias, Profesionales de la salud: Formación y cualidades, Relación terapéutica, Expectativas del enfermo, Curación, Dualismo Psicosomático: Búsqueda, Historia de la relación terapéutica, Enfermedad, Escucha activa, Lenguaje no verbal, Modelo maternal de relación terapéutica.

3. Todas las obras analizadas comparten la idea de la importancia que tiene la relación terapéutica para la mejoría o curación del enfermo: “el arte de ejercer la medicina es el arte de entender al paciente”. El autor de *El arte de entender al paciente* y las autoras de *Dos para saber, dos para curar*, resaltan que cada paciente tiene su propio mapa mental y enferma de forma diferente a los demás y señalan, por ello, las carencias de la Medicina Basada en la Evidencia. Piden hacer del contexto de salud, un contexto relleno de relación terapéutica: los profesionales sanitarios necesitan de un toque personal que los aleje de la mediocridad; el mejor medicamento del paciente es el profesional sanitario. Para algunos (Laín y Pardo) el diálogo cumple un papel “diagnóstico y terapéutico”.

3. Acerca del papel de la relación, como fuente de conocimiento, en el proceso diagnóstico todos los autores están de acuerdo en que tanto el lenguaje verbal como la conducta no verbal y las actitudes tanto del profesional como del paciente son

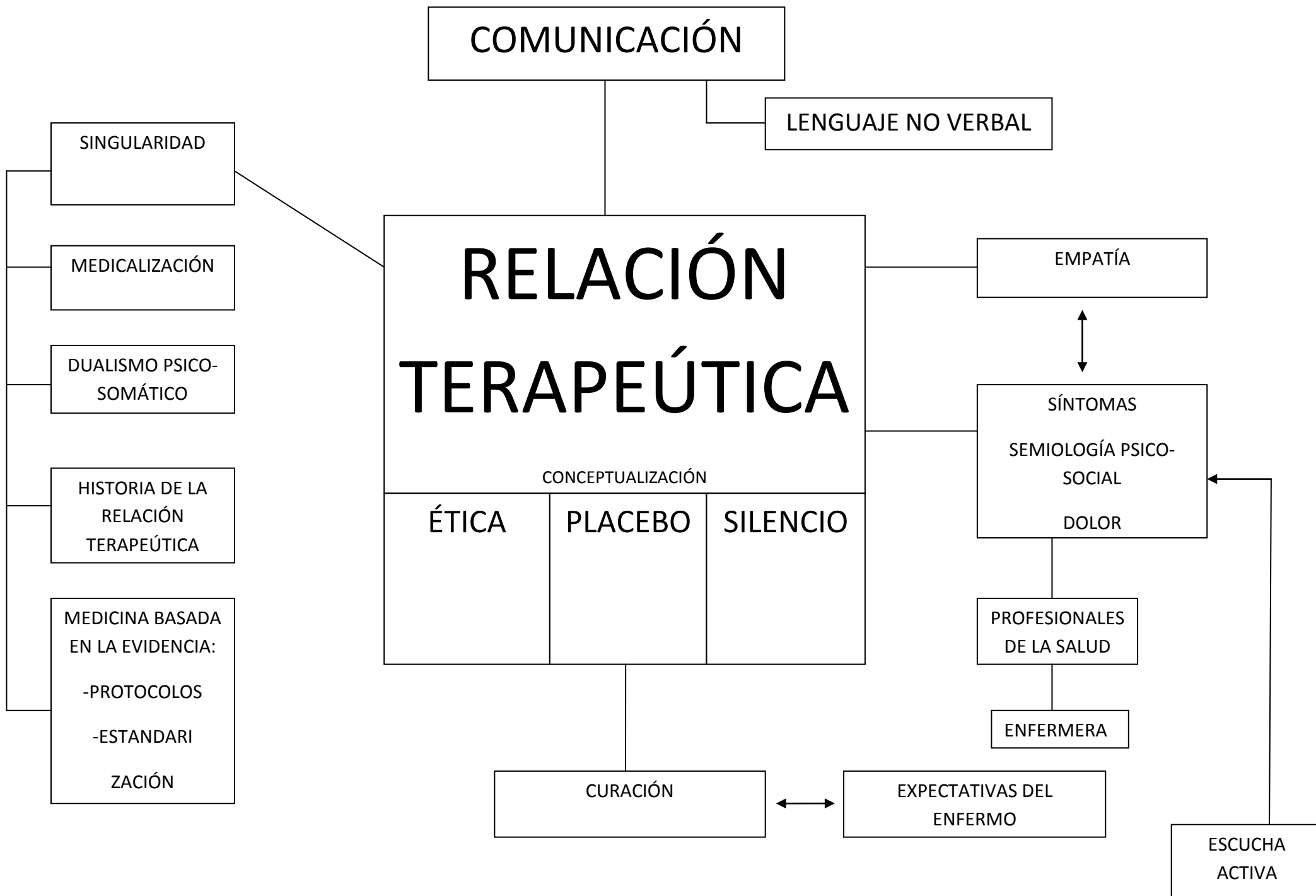
fundamentales en la relación terapéutica, subrayando alguno que el lenguaje no verbal es mucho más significativo y muestra más la realidad que el lenguaje verbal. Varios coinciden en unir el plano somático con el psicosomático a la vez que realizan una crítica de los inconvenientes que tiene el separar el componente emocional de la pauta clínica y apoyan la idea de aumentar los conocimientos técnicos sin disminuir la simpatía. Todos los autores están de acuerdo que al paciente, más que hacerle un interrogatorio, hay que dejar que se exprese libremente, siempre consciente de la segunda intención que subyace a toda búsqueda de atención sanitaria.

5. En todos las monografías excepto en la de Enfermería Psiquiátrica se analizan los motivos que determinan la buena relación y hay acuerdo en que existen razones tanto personales (del médico y del enfermo) como sociales (relativos a ambos y a la propia relación). La crítica al paternalismo del experto sanitario y la confianza en la autonomía del paciente (tomar las decisiones por y para el paciente conjuntamente con él y no por cuenta propia) es un mensaje clave en el arte de entender el paciente, mientras que el resto insisten en el carácter dialógico (negociación) de la relación.

6. La conceptualización de la relación terapéutica es diversa: seducción recíproca, condición de autoconocimiento, efecto placebo, ejercicio de inteligencia emocional, contrato civil, relación de disparidad, leer lo que se expresa y lo que no, ejercicio de escucha activa, sistema relacional común, negociación interpersonal, marco estandarizado, individualización del paciente.

7. El manual de enfermería psiquiátrica subraya lo peculiar de la relación con pacientes psiquiátricos, en especial el uso del sí mismo, que exige el autoanálisis, y el humor adecuadamente usado como herramientas terapéuticas.

8. La evolución cronológica de la literatura científica española sobre relación terapéutica evidencia un interés comedido pero estable, que no está de moda, producida por autores y autoras de diversos campos profesionales (medicina, psicología, sociología, enfermería y antropología y filosofía) y progresiva, en el sentido de que aumenta la especificidad de los problemas investigados en cada campo.



VI. ANEXOS

Figura nº 1: Tabla de códigos temáticos (14)

CODIFICACIÓN 14: ESCUCHA ACTIVA	
La escucha y la competencia técnica/ Suplencia de la experiencia por la simpatía	CÉLÉRIER, 1999, 16
Escucha activa/ Recogida de datos	CÉLÉRIER, 1999, 30
Escuchar/ Aceptación del tratamiento	CÉLÉRIER, 1999, 248
Escuchar/ Paciente	GÓMEZ, 2002, 135
Conversación y escucha/ Resonancias emotivas que se esconden detrás de cada patología.	HIPATIA, 2004, 31
Escuchar sin prejuicios/ Ventajas	HIPATIA, 2004, 62
La importancia de escuchar/ Numerosas ventajas en la relación terapéutica	HIPATIA, 2004, 94

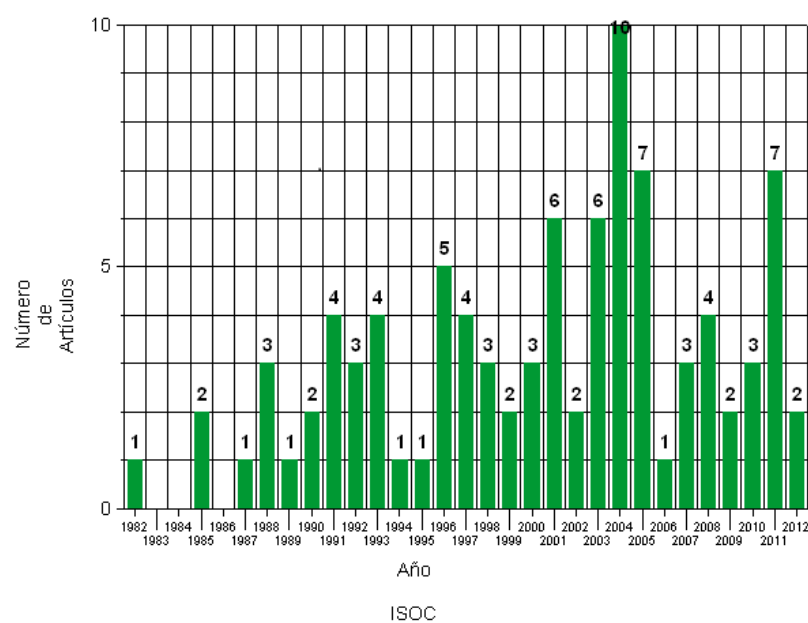
Figura nº 1: Tabla de códigos temáticos (04)

CODIFICACIÓN 04: DOLOR:	
La importancia del dolor/ Cuerpo, amistad, amor	LAÍN, 1969, 9
El dolor/ Experiencia clarificadora	HIPATIA, 2004, 62
El síntoma/ Vehículo de comunicación	HIPATIA, 2004, 126

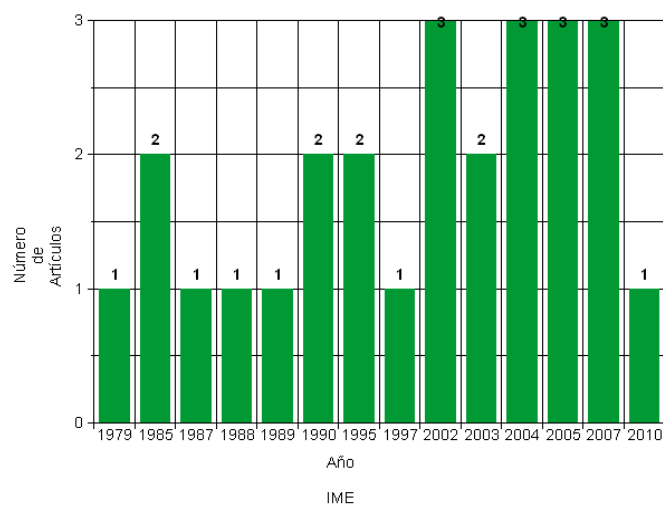
Figura nº 3. Tabla de códigos temáticos (06)

CODIFICACIÓN 06: MBE, CARENCIAS	
Carencia de investigación/ Medicina escasamente científica	HIPATIA, 2004, 110
La medicina/ Encontrar distintos canales de comunicación	HIPATIA, 2004, 29
La medicina/ Defecto de cientificidad	HIPATIA, 2004, 26
Ciencia/ Su dominio sobre el cuerpo biológico	GÓMEZ, 2002, 173
Una sola medicina/ “despierta la conciencia del interesado”	HIPATIA, 2004, 37
Medicina científica/ El arte de la medicina	PARDO, 2007, 31
La buena medicina/ El arte de entender al paciente	PARDO, 2007, 8
MBE/ Carencias	PARDO, 2007, 7
El protocolo/ Las enfermedades	HIPATIA, 2004, 57
La relación/ Sustituída por la tecnología	HIPATIA, 2004, 24
Mentalidad técnica/ Arte de curar	LAÍN, 1969, 67
Avances tecnológicos/ Relación médico-paciente	GÓMEZ, 2002, 171
Burocratización del sistema/ Relación médico-paciente; Despersonalización	GÓMEZ, 2002, 171
Actos técnicos/ Sistema relacional común	CÉLÉRIER, 1999,283
Exigencias de la medicina moderna/ Perjuicios en la atención	CÉLÉRIER, 1999,17
Consentimiento informado/ A menudo, un acto burocrático	HIPATIA, 2004, 23-24
Verdadero progreso/ Arte y ciencia de las relaciones humanas	GÓMEZ, 2002, 213
Dato de laboratorio/ Dato limitado	HIPATIA, 2004, 61
La universidad/ Pautas de aprendizaje	HIPATIA, 2004, 57
La diversidad como riqueza/ “Manía de la uniformidad”	HIPATIA, 2004, 51

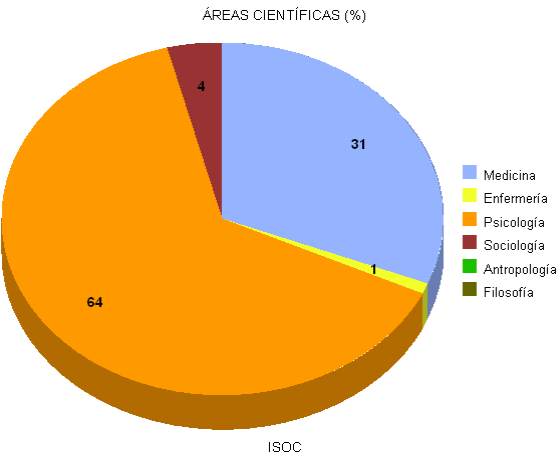
Gráfica 1. Evolución cronológica de la bibliografía circulante en ISOC sobre relación terapéutica



Gráfica 2. Evolución cronológica de la bibliografía circulante en IME sobre relación terapéutica



Gráfica 3. Distribución por áreas científicas de la bibliografía circulante en ISOC sobre relación terapéutica



Gráfica 4. Distribución por áreas científicas de la bibliografía circulante en IME sobre relación terapéutica

